

## DEKLARACJA ZGODY

**Ubezpieczyciel:**
**Ubezpieczający:**

<b>Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA</b> ul. Powstańców Śląskich 2-4, 53-333 Wrocław Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu KRS 0000092396, REGON 932716961, NIP 8951765137 Kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości opłacony 147 200 000 zł	<b>Open Finance SA</b> ul. Domaniewska 39, 02-672 Warszawa Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy KRS 0000196186, REGON 015672908, NIP 521 328 08 36 Kapitał zakładowy zarejestrowany i opłacony 500 000 zł
<b>Seria i nr certyfikatu:</b>	

**Dane Klienta / Ubezpieczonego:**

Imię		Nazwisko	
Nazwisko panieńskie matki Klienta/ Ubezpieczonego		Obywatelstwo	
Seria i nr dowodu osobistego (paszportu dla Obcokrajowców)		PESEL (Nie dotyczy w przypadku obcokrajowców)	
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
Status dewizowy	<input type="checkbox"/> rezydent <input type="checkbox"/> nierezydent (w przypadku, gdy Klient/ Ubezpieczony jest nierezydentem konieczne jest podpisanie Oświadczenia stanowiącego załącznik nr 1 do Deklaracji Zgody)		
Adres zameldowania - ulica i nr			
Adres zameldowania – miejscowość		Kod pocztowy	
Adres zameldowania – państwo			
Adres korespondencyjny - ulica i nr			
Adres korespondencyjny- miejscowość		Kod pocztowy	
Adres korespondencyjny – państwo			
Prowadzona działalność gospodarcza lub pełnienie funkcji zarządczych/ nadzorczych w następujących branżach:	<input type="checkbox"/> przyjmowanie płatności w gotówce w średniej kwocie jednorazowej powyżej 1 000 zł <input type="checkbox"/> sektor paliwowy <input type="checkbox"/> sektor tytoniowy <input type="checkbox"/> sektor złomowy <input type="checkbox"/> handel bronią <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> nie dotyczy – nie prowadzę działalności gospodarczej ani nie zasiadam w organach zarządczych/nadzorczych spółek		
Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu		Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia	
Składka		Waluta	
Taryfa sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia w %			
Data początku ochrony	od dnia zapłaty składki, jednak nie wcześniej niż od dnia złożenia podpisanej Deklaracji Zgody		
Długość okresu ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> 3 miesiące <input type="checkbox"/> 6 miesięcy <input type="checkbox"/> 12 miesięcy		
Numer rachunku bankowego wskazany przez Klienta/ Ubezpieczonego			
Imię i nazwisko / nazwa właściciela rachunku bankowego wskazanego przez Klienta/ Ubezpieczonego			

Adres właściciela rachunku bankowego wskazanego powyżej przez Klienta/ Ubezpieczonego	
Numer rachunku TU na Życie EUROPA SA, na jaki należy wpłacić składkę	75146011812002100041510004

**Dane Uprawnionych:**

1	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			
2	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			
3	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			
4	Imię		Nazwisko	
	PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Procent udziału	
	Adres			

Po zapoznaniu się z Warunkami Ubezpieczenia (kod: 2009\_OFSPE\_v.07):

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA.
- Upoważniam każdy zakład opieki zdrowotnej, osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, grupowe praktyki lekarskie, grupowe praktyki pielęgniarek lub położnych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych i przedstawiciele organu ubezpieczeń społecznych do udzielenia informacji oraz do udostępnienia pełnej dokumentacji Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA o stanie mojego zdrowia, przebiegu mojego leczenia lub przyczynach zgonu, koniecznych do rozpatrzenia roszczenia o wypłatę świadczenia.
- Przyjmuję do wiadomości, że Deklaracja Zgody traci ważność w przypadku nie zapłacenia kwoty składki w terminie 30 dni od dnia jej złożenia lub zapłacenia kwoty składki w wysokości niższej niż określona w niniejszej Deklaracji Zgody.
- Potwierdzam odbiór Warunków Ubezpieczenia (kod: 2009\_OFSPE\_v.07) przed przystąpieniem do ubezpieczenia, zapoznanie się z ich treścią, w szczególności z ograniczeniami odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA, ich zrozumienie oraz ich akceptację.
- Niniejszym wyrażam zgodę, na podstawie art. 23 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. Nr 101 poz. 926 z 2002 z póź. zm.), na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu moich danych osobowych zawartych w Deklaracji Zgody w każdy sposób konieczny do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową i jej realizacji na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia (kod: 2009\_OFSPE\_v.07).

.....  
data i podpis Ubezpieczonego

- Oświadczam, iż zostałem poinformowany o tym, że:
  - administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA z siedzibą we Wrocławiu,
  - przetwarzanie danych osobowych związane jest z przystąpieniem do ubezpieczenia grupowego,
  - przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych i ich poprawiania,
  - podanie danych jest dobrowolne, ich podanie jest jednak niezbędne do objęcia przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia (kod: 2009\_OFSPE\_v.07).

.....  
data i podpis Ubezpieczonego



7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA w celach promocyjnych i marketingowych oraz na otrzymywanie informacji handlowej w rozumieniu Ustawy z dnia 18 lipca 2002 roku, o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U. z 2002 r., Nr 144, poz. 1204) od GK EUROPA, w skład której wchodzi Towarzystwo Ubezpieczeń EUROPA SA i Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie EUROPA SA. Zostałem poinformowany(a), że przysługuje mi prawo dostępu do treści moich danych osobowych oraz ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne.

TAK  NIE

.....  
data i podpis Ubezpieczonego

***Przypominamy, że zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do informowania Ubezpieczyciela o każdej zmianie danych podanych w Deklaracji Zgody w szczególności poprzez złożenie Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego Oświadczenia o zmianie danych do ubezpieczenia.***

---

**Wypełnia Przedstawiciel Ubezpieczającego:**

Stwierdza się zgodność podanych danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza się własnoręczność złożonego podpisu.

.....  
miejsowość i data

.....  
Nr Oddziału  
Ubezpieczającego

.....  
podpis i stempel służbowy Przedstawiciela  
Ubezpieczającego