

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr Polisy

## Formularz - przeniesienie praw i obowiązków Ubezpieczającego

### 1. Dane dotychczasowego Ubezpieczającego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko / Nazwa

Imię

Nr Pesel / Regon

--

Numer telefonu

**Adres zameldowania / Adres siedziby**

--	--	--

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

### 2. Dane osoby przejmującej prawa i obowiązki Ubezpieczającego

Płeć:  kobieta  mężczyzna

--

Stan cywilny

--

Obywatelstwo

--

Nazwisko

--

Imię

--

Drugie imię

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr Pesel

--

Seria i Nr dowodu tożsamości

--

Numer telefonu

--

Numer telefonu komórkowego

--

Numer faksu

--

E-mail

--

Zawód wykonywany

**Adres zameldowania**

--	--	--

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

**Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania)**

--	--	--

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

--	--	--	--	--	--

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

### 3. Oświadczenie dotychczasowego Ubezpieczającego

Ja, niżej podpisany/a, zrzekam się w całości praw i obowiązków Ubezpieczającego, wynikających z umowy ubezpieczenia potwierdzonej Polisą nr

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

--

Miejscowość

--

Podpis dotychczasowego Ubezpieczającego  
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

#### 4. Oświadczenie osoby przejmującej prawa i obowiązki Ubezpieczającego

Ja, niżej podpisany/a:

a) Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem podanych w formularzu jak również uzyskanych w związku z wykonywaniem zawartej umowy ubezpieczenia danych osobowych jest Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Cybernetyki 7. Dane będą przetwarzane przez Administratora zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm.) w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku, w celach archiwalnych oraz w celach informacyjnych, marketingowych, promocyjnych produktów Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., w tym składania ofert, a od momentu zawarcia umowy ubezpieczenia - w celu jej wykonania.

Dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.) oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach jak również mogą być przekazywane reasekuratorom wykonujących działalność na rzecz Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., w tym za granicę, do krajów dających gwarancję ochrony danych osobowych w zakresie odpowiadającym przepisom obowiązującym na terenie RP.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczenia. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgromadzonych przez Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w celach wskazanych powyżej w niniejszym formularzu.

b) Ponadto **wyrażam/nie wyrażam** zgodę na przysyłanie informacji handlowych w formie elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail  
(**Niepotrzebne skreślić; w przypadku nie skreślenia żadnej opcji, uznaje się, iż zgoda została udzielona**)

c) Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy/świadoma, że w przypadku podania nieprawdziwych lub zatajenie prawdziwych informacji Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. ma prawo ograniczyć wysokość świadczeń na zasadach określonych w OWU.

d) Oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam i znana jest mi treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia potwierdzona Polisé nr

i wyrażam zgodę na wstąpienie w miejsce dotychczasowego Ubezpieczającego do w/w umowy ubezpieczenia – przejęcie jego praw i obowiązków.

Data

Miejscowość

Podpis osoby przejmującej prawa i obowiązki Ubezpieczającego  
(zgodny z podpisem znajdującym się w dokumencie tożsamości)

**Powyższy podpis będzie stanowił wzór podpisu,  
niezbędny do dokonywania wszelkich czynności  
w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.**