

Nr Polisy

Formularz - dane przedstawiciela ustawowego

1. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Numer telefonu

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

2. Dane przedstawiciela ustawowego

Nazwisko

Imię

Data urodzenia

Numer telefonu

Nr Pesel

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

Pokrewieństwo przedstawiciela ustawowego z Ubezpieczonym

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 o zawarcie umowy ubezpieczenia, 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 rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia. 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.

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. Ponadto **wyrażam/nie wyrażam*** zgodę na przesyłanie informacji handlowych w formie elektronicznej na podany przeze mnie adres e-mail.

* Niepotrzebne skreślić; w przypadku nieskreślenia żadnej opcji, uznaje się, iż zgoda została udzielona

Data

Miejscowość

Podpis przedstawiciela ustawowego
(zgodny z podpisem znajdującym się w dokumencie tożsamości)