

5. Oświadczenie:

- Wyrażam zgodę na zawarcie przez Ubezpieczającego z Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na mój rachunek oraz wyrażam chęć przystąpienia do w/w umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przez Ubezpieczającego z Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA na mój rachunek, w tym wyrażam zgodę na wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo w innych dokumentach sumę ubezpieczenia/sumy ubezpieczenia oraz na inne warunki umowy ubezpieczenia.
Ubezpieczający jest uprawniony w moim imieniu do dokonywania zmiany umowy, w tym sumy ubezpieczenia/sum ubezpieczenia, o których mowa powyżej.
Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszej deklaracji są pełne i zgodne ze stanem faktycznym.
W przypadku przystąpienia przeze mnie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej przed dniem złożenia przeze mnie oświadczenia o przystąpieniu, niniejszą zgodę należy traktować jako wyrażenia zgody na zawarcie umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przez Ubezpieczającego i dokonywanie przez niego innych czynności opisanych powyżej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji oraz uzyskanych przez Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA w związku z zawieraniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz jej wykonywaniem, w tym danych osobowych o stanie mojego zdrowia i nałogach. Jednocześnie wyrażam zgodę na to, aby na żądanie Gerling Polska Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA wszelkie placówki medyczne oraz lekarze wykonujący indywidualną praktykę lekarską udzielali informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, jak również przekazywali dokumentację medyczną związaną z moim leczeniem w celu ustalenia ryzyka i realizacji świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, za mego życia, jak i po mojej śmierci.
- Niniejszym przysięgam do wiadomości, że:

1) dane osobowe zbioru danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przetwarzane są pod adresem: Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA, ul. Hrubieszowska 2, 01-209 Warszawa,

2) celem zbierania i przetwarzania danych osobowych przez Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA jest zawarcie pomiędzy Ubezpieczającym i Gerling Polska Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie SA jako zakładem ubezpieczeń umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na rzecz ubezpieczonych i wykonanie postanowień tej umowy. W trakcie trwania umowy odbiorcami zebranych danych osobowych będą reasekuratorzy w kraju, jak i za granicą w zakresie związanym z reasekuracją przyjętego przez Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA ryzyka ubezpieczeniowego,

3) każda osoba, której dane są przetwarzane w zbiorze danych osobowych grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Gerling Polska Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie SA ma prawo do wglądu do swoich danych oraz prawo żądania ich poprawienia,

4) zobowiązanie do podania swoich danych osobowych wynika z faktu dobrowolnego przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Zapisy powyższe stosuje się odpowiednio także do Małżonka Ubezpieczonego, jeżeli jest on objęty ochroną z tytułu dodatkowego ubezpieczenia szpitalnego lub operacji chirurgicznych lub poważnego zachorowania lub uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku.

4. Wyrażam zgodę TAK/NIE*** na otrzymywanie drogą elektroniczną od Gerling Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA korespondencji dotyczącej wszelkich informacji oraz ofert związanych z ubezpieczeniami w Gerling Polska Towarzystwie Ubezpieczeń na Życie SA, na wskazany adres e-mail****.

*** - niepotrzebne skreślić

***- niniejsza zgoda jest wymagana zgodnie z art. 10 ust. 2 ustawy „O świadczeniu usług drogą elektroniczną” z dnia 18 lipca 2002 roku (Dz. U. Nr 144 poz. 1204 z późn.zm.).

.....
miejscowość data

.....
podpis Ubezpieczonego

.....
pieczęć imienna i podpis osoby
upoważnionej do reprezentowania
Ubezpieczającego

.....
miejsowość *data*

.....
podpis Małzonka Ubezpieczonego
(jeżeli jest on objęty ochroną
z tytułu dodatkowego ubezpieczenia: szpitalnego
lub operacji chirurgicznych lub poważnego zachorowania
lub uszczerbku na zdrowiu w nast. wypadku)