

# WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY

## UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE I OD NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW

www

NX/OWU/v3/01.06.2020

SUMA UBEZPIECZENIA  zł

UMOWY DODATKOWE

NUMER POLISY

POWIADOMIENIA SMS

SKŁADKA CAŁKOWITA  zł

**UBEZPIECZAJĄCY (płatnik składek / właściciel polisy)** proszę zweryfikować poprawność swoich danych i podpisać się na dole wniosku

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_ Nr dowodu osobistego/ paszportu: \_\_\_\_\_

Kraj urodzenia: \_\_\_\_\_ Obywatelstwo: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_ Telefon stacjonarny: \_\_\_\_\_

**UBEZPIECZONY (osoba objęta ochroną)** proszę zweryfikować poprawność swoich danych i podpisać się na dole wniosku

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Telefon stacjonarny: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

**UBEZPIECZONY (współmałżonek)** proszę zweryfikować poprawność swoich danych i podpisać się na dole wniosku

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Telefon stacjonarny: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

### UPOSAŻENI

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Stopień pokrewieństwa: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Procent alokacji: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Stopień pokrewieństwa: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_ Procent alokacji: \_\_\_\_\_

Chcąc uposażyć w swojej polisie instytucję należy wpisać odpowiednio: Nazwę instytucji wraz z adresem jej siedziby w polu „Imię i nazwisko” oraz NIP instytucji w polu „Data urodzenia”.  
Chcąc uposażyć większą liczbę osób/ instytucji proszę dołączyć dane kolejnych osób/ instytucji na dodatkowej kartce opatrzonej datą i podpisanej przez osoby ubezpieczone i ubezpieczającego.

### OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia są prawdziwe, wyczerpujące i prawidłowo zapisane.
- Oświadczam, iż otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie i od Następstw Nieszczęśliwych Wypadków z dnia 01.06.2020 r. i, że zapoznałem się z ograniczeniami i wyłączeniami odpowiedzialności Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited.
- Jako ubezpieczony wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia wskazaną na polisie ubezpieczeniowej.
- Jak ubezpieczony upoważniam nieodwołalnie każdego lekarza, personel medyczny, zakład opieki zdrowotnej oraz inne instytucje, które udzielają świadczeń zdrowotnych do udzielania Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą na Gibraltarze informacji o moim stanie zdrowia, chorobach, zabiegach i operacjach medycznych oraz wszystkich innych informacji potrzebnych do ustalenia prawa do świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia lub wysokości tego świadczenia, w tym także informacji o przyczynie śmierci. Niniejsze upoważnienie obowiązuje także po mojej śmierci.

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem/byłam osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Prosimy o zaznaczenie właściwej odpowiedzi wpisując X w odpowiednim polu  TAK  NIE

Wszelkie informacje dotyczące danych osobowych znajdują się na odwrocie wniosku.

proszę odwrócić ►

**PODPISZ SIĘ CZYTELNIEM PONIŻEJ I WYŚLIJ POCZTĄ, ABY POLISA MOGŁA WEJŚĆ W ŻYCIE**



PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO



PODPIS UBEZPIECZONEGO



PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA

Dzisiejsza data

## INFORMACJE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH

1. Dane osobowe Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonych (dalej łącznie jako „Podmioty Danych” lub z osobna jako „Podmiot Danych”) będą przetwarzane przez Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar (dalej jako „Administrator Danych”) w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczeń wynikających z umów ubezpieczenia, dokonywania oceny ryzyka oraz podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
2. Administrator Danych wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można się skontaktować pocztą elektroniczną po adresem email: [underwriter@redsands.gi](mailto:underwriter@redsands.gi) lub pisząc na adres Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited z siedzibą przy Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltar.
3. Podstawą przetwarzania danych osobowych Podmiotów Danych jest art. 6 ust. 1 lit. b), lit. c) i lit. f) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. ogólne rozporządzenie o ochronie danych).
4. Przetwarzanie danych osobowych Podmiotów Danych jest dokonywane w celach związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności wypłaty świadczeń przysługujących uprawnionym podmiotom na podstawie tej umowy, wykonania obowiązków wynikających z obowiązujących przepisów prawa oraz zabezpieczenia przed ewentualnymi roszczeniami.
5. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do realizacji celu przetwarzania.
6. Podmiotowi Danych przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania oraz przenoszenia danych.
7. Podmiotowi Danych przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, gdy uzna, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy powszechnie obowiązującego prawa.
8. Odbiorcami danych osobowych Podmiotów Danych będą: 4Life Direct sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, podmioty realizujące na rzecz Podmiotów Danych świadczenia z tytułu umów dodatkowych, wskazanych w polisie (jeżeli taką opcję wybrał ubezpieczający), a także podmioty świadczące na rzecz Administratora Danych usługi w zakresie obsługi IT oraz związane z weryfikacją praw do świadczeń, przysługujących Podmiotom Danych na podstawie umowy ubezpieczenia.
9. Dane osobowe Podmiotów Danych mogą podlegać przekazaniu do państw trzecich (spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego), wśród nich takich, co do których Komisja Europejska nie wydała decyzji o stwierdzeniu lub braku odpowiedniego stopnia ochrony danych osobowych. W takich przypadkach dane będą przekazywane zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa z zapewnieniem odpowiednich zabezpieczeń, na podstawie standardowych klauzul ochrony danych przyjętych przez Komisję Europejską. Podmiot Danych może uzyskać kopię danych osobowych przekazywanych do państwa trzeciego.
10. Dane osobowe Podmiotów Danych będą przetwarzane przez czas niezbędny do realizacji umowy ubezpieczenia, a po tym okresie dla celów i przez czas oraz w zakresie wymaganym przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa, lub dla zabezpieczenia ewentualnych roszczeń.