

**Oświadczenie do ubezpieczenia OC w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarek i położnych**
**NUMER POLISY**

<										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ja niżej podpisany(a):

<b>Imię</b>		<b>Nazwisko</b>	
<b>Pesel</b>			
<b>Adres zamieszkania</b>			
<b>Numer telefonu</b>			
<b>Adres email</b>			
<b>Numer zezwolenia do wykonywania zawodu</b>			

- Oświadczam, iż nie pozostaję w okresie wypowiedzenia stosunku pracy zawartego na podstawie kodeksu pracy w oparciu o umowę o pracę lub kontraktu menedżerskiego.
- Oświadczenia Ubezpieczonego:
  - Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej pielęgniarek i położnych zatwierdzone uchwałą nr 01/29/03/2016. Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29.03.2016r., Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzecie.
  - Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, a w szczególności o poniższym:
    - administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
    - mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.
    - Obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych dla oceny ryzyka, wynika z art. 41 ust. 1 Ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015, poz. 1844)

Oświadczam, iż otrzymałem i zapoznałem (am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU NNW Plus zatwierdzonymi uchwałą nr 01/08/12/2015 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 08.12.2015 roku, oraz treścią Tabeli Norm Uszczerbku na Zdrowiu, przysługującymi mi prawami, w tym informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i reklamacji zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy Ubezpieczenia.

Ponadto oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a), że:

- administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22,
- celem zbierania danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia,
- mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem,
- podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową

Wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie, w tym danych dotyczących stanu zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia;
- odpłatne występowanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały lub będą udzielać świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group, o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych podanych przeze mnie o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej;
- przekazywanie korespondencji, w tym oświadczeń woli drogą elektroniczną.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie, powyższe informacje zostały podane zgodnie ze stanem faktycznym i według mojej najlepszej wiedzy

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez InterRisk S.A. Vienna Insurance Group zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r. Dz.U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis

NUMER RACHUNKU DO WPŁAT INDYWIDUALNYCH :

**11 2490 0005 0000 4600 3526 4772**

Platforma Ubezpieczeniowa Benefit , ul. Rumińskiego 6, 85-030 Bydgoszcz

Infolinia : 791 791 433