

**Uczelnia Medyczna im. Marii Skłodowskiej – Curie
Plac Żelaznej Bramy 10, 00-136 Warszawa**

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków
dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne V 184

O Ś W I A D C Z E N I A :

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej oraz finansowanie składki ubezpieczenia.

Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne V 184 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group nr 13/03/2020 z dnia 21 marca 2020 roku zmienionych Aneks nr 1 zatwierdzonym Uchwałą Zarządu 21/04/21 z dnia 24.04.2021 roku i mających zastosowanie do umów zawieranych od dnia 30 kwietnia 2021 roku. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków dzieci, młodzieży, osób uczących się oraz personelu w placówkach oświatowych – Ubezpieczenie Szkolne V 184 oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przez mnie w polisie o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, (Administradora danych) z siedzibą Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa w celu oceny ryzyka, obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia, w celu reasekuracji ryzyk oraz w celach analitycznych, w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług oraz innych prawnie usprawiedliwionych celach Administratora danych. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia umowy. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych i prawo ich poprawiania. W celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia podane dane osobowe mogą być **udostępniane** podmiotom współpracującym na podstawie umowy.

Podmiotem przekazującym dane osobowe pomiędzy Ubezpieczającym, a Administratorem danych jest HOLBROKER Michał Holka z siedzibą przy ul. Mieczysława Wolfkego 20/14, 01-494 Warszawa

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na otrzymywanie informacji związanych z realizacją zawartej umowy ubezpieczenia, w tym zgodnie z postanowieniami ustawy z dnia 18.07.2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 1422) od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group. z siedzibą Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa oraz od innych podmiotów współpracujących na podstawie umowy w celu obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia.

Imię i nazwisko ¹	Data urodzenia ¹								
Adres zameldowania ¹									
Adres zamieszkania									
Adres e-mail					Telefon				

¹ Pole obowiązkowe

Podpis przystępującego do ubezpieczenia		
Miejscowość	Data	