



**WNIOSEK O ZMIANĘ UBEZPIECZAJĄCEGO**

Przeniesienie praw z polisy numer: .....

**DOTYCHCZASOWY UBEZPIECZAJĄCY**

Imię i nazwisko /Nazwa Ubezpieczającego:

PESEL/NIP\*:

*\*NIP tylko w przypadku instytucji, dla osób fizycznych PESEL*

**NOWY UBEZPIECZAJĄCY**

Imię (imiona) i nazwisko /Nazwa Ubezpieczającego:

PESEL/NIP:

Data urodzenia:

Miejsce urodzenia: .....

Adres zameldowania/ Siedziby:

ulica  nr domu  nr mieszkania  -   kod

Miejscowość

Adres korespondencyjny:

ulica  nr domu  nr mieszkania  -   kod

Miejscowość  nr telefonu

**WNIOSEK DOTYCHCZASOWEGO UBEZPIECZAJĄCEGO**

Wnoszę o zmianę Ubezpieczającego w umowie ubezpieczenia potwierdzonej polisą numer ..... od dnia wymagalności najbliższej składki tj. .... Jednocześnie oświadczam, że z tym dniem zrzekam się praw do niniejszej umowy.

Data ..... podpis dotychczasowego Ubezpieczającego

**OŚWIADCZENIE NOWEGO UBEZPIECZAJĄCEGO**

- Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami z na jakich została zawarta umowa ubezpieczenia, potwierdzona polisą numer ....., w tym z ogólnymi warunkami ubezpieczenia obowiązującymi w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że przyjmuję na siebie wszystkie prawa i obowiązki spoczywające na ubezpieczającym, wynikające z zawarcia niniejszej umowy.
- Oświadczam, że jestem  nie jestem  osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne\*  
*\* za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – zgodnie z ustawą z dnia 16.11.2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – rozumie się osoby fizyczne:*
  - szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów lub zastępców ministrów, członków parlamentu, sędziów sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych, których orzeczenia nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, członków trybunałów obrachunkowych, członków zarządów banków centralnych, ambasadorów, chargés d'affairs oraz wyższych oficerów sił zbrojnych, członków organów zarządzających lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych – którzy sprawują lub sprawowali te funkcje publiczne w okresie roku od dnia zaprzestania spełniania przesłanek określonych w tych przepisach,
  - małżonków osób, o których mowa w lit. a, lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu, rodziców i dzieci osób, o których mowa w lit. a, małżonków tych rodziców i dzieci lub osoby pozostające z nimi we wspólnym pożyciu,
  - które pozostają lub pozostawały z osobami, o których mowa w lit. a, w ścisłej współpracy zawodowej lub gospodarczej lub są współwłaścicielami podmiotów prawa, a także jedynymi uprawnionymi do majątku podmiotów prawa, jeżeli zostały one założone na rzecz tych osób mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
– mające miejsce zamieszkania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- Niniejszym potwierdzam, że wszelkie podane powyżej informacje są kompletne i zgodne z prawdą oraz wyrażam zgodę na ich przetwarzanie.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych i promocyjnych dotyczących produktów pozostałych spółek należących do Grupy SIGNAL IDUNA w Polsce.  
 TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych kontaktowych do OVB Allfinanz Polska Spółka Finansowa Sp. z o.o. w celach marketingowych.  
 TAK  NIE
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., w przypadku wyrażenia zgody z punktu powyżej, również od OVB Allfinanz Polska Spółka Finansowa Sp. z o.o., na podany przeze mnie numer telefonu/ adres e-mail informacji handlowych przekazywanych z użyciem telekomunikacyjnych urządzeń końcowych, drogą:  
 – elektroniczną, w tym z wykorzystaniem automatycznych systemów wywołujących, poprzez  
 TAK  NIE wiadomości SMS/MMS,  TAK  NIE wiadomości e-mail,  
 – telefoniczną poprzez  
 TAK  NIE kontakt konsultanta

Data ..... podpis nowego Ubezpieczającego

**Informacja dotycząca przetwarzania danych osobowych**

Informujemy, że administratorem danych osobowych zebranych za pośrednictwem niniejszego wniosku jest SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Przykoppowej 31. Zebrane dane będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, w tym w szczególności w celu rozpatrzenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w celu informowania o produktach SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A. i w celach archiwalnych. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dane osobowe będą przetwarzane w celu jej realizacji, natomiast w przypadku odmowy udzielenia ubezpieczenia dane będą przetwarzane w celach archiwalnych. Zebrane dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, w tym reasekuratorom. Za dodatkową dobrowolną zgodą dane kontaktowe będą udostępniane do OVB Allfinanz Polska Spółka Finansowa Sp. z o.o., w celach marketingowych. Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Podanie danych jest dobrowolne, ale konieczne do rozpatrzenia wniosku i zawarcia umowy ubezpieczenia.