

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

NUMER POLISY

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

Ja niżej podpisany(a):

Imię		Nazwisko	
Pesel			
Numer zezwolenia do wykonywania zawodu			

- 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)

.....
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