



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO – PROGRAMU UBEZPIECZEŃ  
DLA STUDENTÓW I DOKTORANTÓW  
WARSZAWSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO**

Imię i nazwisko studenta/doktoranta	
Nr ewidencyjny PESEL	
Adres zameldowania (kod, miejscowość , ulica, nr domu, mieszkania)	
<b>RODZAJ UBEZPIECZENIA – PROSZĘ ZAZNACZYĆ „x” WYBRANE</b>	
Ubezpieczenie NNW	
Ubezpieczenie na wypadek ekspozycji i zakażenia HIV/WZW	
Ubezpieczenie OC w życiu prywatnym	
Ubezpieczenie Ochrony Prawnej	

**Oświadczenie Ubezpieczyciela:**

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami), Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, informuje, że:

- jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych zgodnie z treścią art. 815 k.c, które będą przez nas przetwarzane w celu wywiązania się z umowy ubezpieczenia oraz dla celów marketingu bezpośredniego naszych własnych produktów (usług),
- służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwiane lub statutowe naszego Towarzystwa albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane – wymaga uzyskania Pana/i uprzedniej zgody.

„Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia pomiędzy Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub innym uprawnionym z umowy ubezpieczenia, będącym osobą fizyczną, a Ubezpieczycielem mogą być rozpoznane w drodze pozasądowego postępowania przed Rzecznikiem Finansowym - Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, www.rf.gov.pl. który jest podmiotem uprawnionym do prowadzenia pozasądowych postępowań w świetle przepisów Ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.”

**Oświadczenie Ubezpieczonego:**

- ❖ Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez APRIL Polska Medbroker danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z organizacją umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane dla celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia i w tym zakresie, przekazywane innym podmiotom i przetwarzane przez te podmioty, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych środków ostrożności. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.
- ❖ Podpisanie deklaracji równoznaczne jest z udzieleniem pełnomocnictwa APRIL Polska Medbroker w zakresie obsługi wybranych ubezpieczeń w ramach programu ubezpieczenia Studentów i Doktorantów Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.
- ❖ Oświadczam, że zapoznałem/am się z informacjami dotyczącymi umowy ubezpieczenia, w zakresie rodzajów ryzyk objętych umową ubezpieczenia, warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, zasad dotyczących finansowania ochrony ubezpieczeniowej oraz możliwych przyczyn odmowy wypłaty świadczenia.
- ❖ Oświadczam, iż przed wypełnieniem niniejszej deklaracji przystąpienia otrzymałem/am i zapoznałem/am się z:
  - Umową Generalną Ubezpieczenia Grupowego numer WA50/000315/17/A,
  - Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym STU ERGO Hestia S.A z dnia 24.01.2016 stanowiącymi integralną część powyższej Umowy Generalnej,
  - Warunkami Ubezpieczenia Ochrony Prawnej stanowiącymi integralną część powyższej Umowy Generalnej
  - Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Biznes & Podróż z dnia 01.01.2016 z rozszerzeniem o klauzulę HIV/WZW oraz zaakceptowałem/am ich treść.

Oświadczam, że udzieliłem/am powyższych informacji zgodnie ze swoją najlepszą wiedzą i że znane mi są sankcje przewidziane w art. 815 § 3 Kodeksu Cywilnego za udzielenie Ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji istotnych dla oceny ryzyka.

**Warunki ubezpieczenia do pobrania na stronie: [www.dos.wum.edu.pl](http://www.dos.wum.edu.pl)**

Data przystąpienia i wpłaty składki przez studenta

**Informacje:**

Wypełniony formularz wraz z wersją papierową potwierdzenia przelewu prosimy dostarczyć do Działu Obsługi Studentów WUM ul. Żwirki i Wigury 61-091 Warszawa, pokój 242, tel. (22) 57 20 816 lub pokój 243, tel. (22) 57 20 811 i (22) 57 20 818

**W przypadku pytań i informacji prosimy o kontakt:**

APRIL Polska Medbroker tel. ( 22) 295 80 50 50, 295 80 51, e-mail: [centrala.medbroker@pl.april.com](mailto:centrala.medbroker@pl.april.com)