

\_\_\_\_\_

Nr Polisy



# Formularz - przeniesienie praw i obowiązków Ubezpieczającego

## 1. Dane dotychczasowego Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_

Nazwisko/Nazwa

Imię

\_\_\_\_\_

Seria i Nr dowodu tożsamości

\_\_\_\_\_

PESEL/REGON

\_\_\_\_\_

Telefon

Adres zamieszkania/Adres siedziby

Kraj

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nr domu

Nr mieszkania

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miejscowość

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_

Poczta

## 2. Dane osoby przejmującej prawa i obowiązki Ubezpieczającego

Płeć: kobieta  mężczyzna  Stan cywilny: wolny/wolna  żonaty/zamężna  Obywatelstwo: polskie  inne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nazwisko/Nazwa

Imię

RRRR MM DD

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

\_\_\_\_\_

Seria i Nr dowodu tożsamości

\_\_\_\_\_

PESEL/REGON

\_\_\_\_\_

Telefon

\_\_\_\_\_

Telefon komórkowy

\_\_\_\_\_

Zawód wykonywany

\_\_\_\_\_

E-mail

Adres zamieszkania/Adres siedziby

Kraj

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nr domu

Nr mieszkania

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miejscowość

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_

Poczta

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Kraj

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nr domu

Nr mieszkania

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Miejscowość

Kod pocztowy

\_\_\_\_\_

Poczta

## 3. Oświadczenie dotychczasowego Ubezpieczającego

Ja, niżej podpisany/a, zrzekam się w całości praw i obowiązków Ubezpieczającego, wynikających z umowy ubezpieczenia potwierdzonej Polisą nr \_\_\_\_\_

RRRR MM DD

Data

\_\_\_\_\_

Miejscowość

\_\_\_\_\_

Podpis dotychczasowego Ubezpieczającego (zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group

adres ul. Cybernetyki 7  
02-677 Warszawa  
infolinia 801 888 000  
+48 22 460 22 22

fax +48 22 332 17 55  
mail info@viennalife.pl  
web www.viennalife.pl

NIP: 951-19-33-418; KRS: Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego - numer KRS 0000056463  
Wysokość kapitału zakładowego: 82 000 000 PLN (opłacony w całości)  
Zarząd: Paweł Zięba - Prezes Zarządu, Witold Czechowski - Członek Zarządu,  
Tomasz Borowski - Członek Zarządu

**4. Oświadczenie osoby przejmującej prawa i obowiązki Ubezpieczającego**

Ja, niżej podpisany/a:

1) Przyjmuję do wiadomości, że Administratorem danych osobowych jest Vienna Life TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group (dalej: Vienna Life) z siedzibą w Warszawie przy ul. Cybernetyki 7. Dane będą przetwarzane przez Administratora zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową, celach archiwalnych oraz w celach informacyjnych, marketingowych, promocyjnych produktów Vienna Life, w tym składania ofert, a od momentu zawarcia umowy ubezpieczenia - w celu jej wykonania. W przypadku wyrażenia odrębnej zgody, określonej w punkcie 3 poniżej, dane osobowe będą przetwarzane także w celu zaprezentowania oferty podmiotów współpracujących z Vienna Life.

Dane będą udostępniane jedynie uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych w ustawie z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Ustawa) oraz w innych powszechnie obowiązujących przepisach, jak również mogą być przekazywane reasekuratorom wykonującym działalność na rzecz Vienna Life, w tym za granicę, do krajów dających gwarancję ochrony danych osobowych, w zakresie odpowiadającym przepisom obowiązującym na terenie RP.

Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do przejścia praw i obowiązków Ubezpieczającego. Mają Państwo prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania, a także prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych.

- 2) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgromadzonych przez Vienna Life w celach wskazanych powyżej w niniejszym formularzu.
- 3)  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu prezentowania oraz oferowania przez Vienna Life produktów bądź usług podmiotów współpracujących z Vienna Life.
- 4)  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na przesyłanie mi środkami komunikacji elektronicznej, na zasadach określonych w Ustawie, informacji, których obowiązek przekazania wynika z tej Ustawy, w tym informacji o wysokości świadczeń przysługujących mi z Umowy/Polisy, jeżeli ich przekazanie w tej formie wymaga uzyskania zgody.
- 5)  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na przesyłanie informacji handlowych środkami komunikacji elektronicznej.
- 6)  **Wyrażam** /  **nie wyrażam** zgodę na kontaktowanie się ze mną przez Vienna Life celem przedstawienia oferty marketingowej za pomocą telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących.
- 7) Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą i jestem świadomy/świadoma, że w przypadku podania nieprawdziwych lub zatajenie prawdziwych informacji Vienna Life ma prawo ograniczyć wysokość świadczeń na zasadach określonych w OWU.

8) Oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam i znana jest mi treść Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

o indeksie

na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia potwierdzona Polisą nr

i wyrażam zgodę na wstąpienie w miejsce dotychczasowego Ubezpieczającego do ww. umowy ubezpieczenia - przejście jego praw i obowiązków.

**Preferowana forma kontaktu**  
(zaznaczyć wszystkie właściwe):

e-mail  SMS  Tel. komórkowy  Tel. stacjonarny

**Dogodne godziny kontaktu:**

Data

Miejscowość

Czytelny podpis osoby przejmującej prawa i obowiązki Ubezpieczającego\*

\* Powyższy podpis będzie stanowił wzór podpisu, niezbędny do dokonywania wszelkich czynności w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.