

### INFORMACJA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) administratorem moich danych osobowych, podanych w niniejszym wniosku, oraz wszelkich innych pismach mających związek z umową ubezpieczenia, jest MACIF Życie TUW z siedzibą przy ul. Bema 89, 01-233 Warszawa. Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: kontakt@macif.com.pl, telefonicznie pod numerem: 22 535 02 00, lub pisemnie na adres siedziby administratora.
- 2) Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można skontaktować się pod adresem e-mail daneosobowe@macif.com.pl
- 3) Moje dane osobowe będą przetwarzane w celu:
  - i. zawarcia umowy ubezpieczenia i jej wykonywania, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz.UE.L Nr 119, str. 1) (dalej: RODO);
  - ii. wypełnienia przez administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, rozpatrywania skarg i reklamacji, a także w celach archiwalnych – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze, wynikającego z przepisów (art. 6 ust. 1 lit. c RODO);
  - iii. dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym, marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych administratora, w tym w celach analitycznych - gdzie podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO).
- 4) Odbiorcami moich danych osobowych będą zakłady reasekuracji oraz organy ustawowo upoważnione do dostępu do danych w zakresie i celu określonym w przepisach szczególnych (KNF, UFG, GIF itd.). Ponadto moje dane mogą być przekazywane Poczcie Polskiej, firmom kurierskim itp. oraz podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.
- 5) Moje dane osobowe będą przechowywane przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz przez czas przedawnienia roszczeń wynikających z takiej umowy ; lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu; ewentualnie administrator przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, jeżeli zgłoszę sprzeciw wobec przetwarzania moich danych w tych celach bądź cofnę zgodę na ten cel.
- 6) Przysługuje mi prawo dostępu od administratora dostępu do moich danych osobowych, prawo do sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, moich danych osobowych a także prawo do przenoszenia moich danych osobowych.
- 7) Niezależnie od praw, o których mowa powyżej przysługuje mi prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania moich danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeśli odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
- 8) Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.
- 9) Przysługuje mi prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa urzędu ochrony Danych Osobowych jeżeli uznaję, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO.

Data:	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczającego ▼	▼ Czytelny podpis Ubezpieczonego ▼
<input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/> <input type="text" value="R"/>			



**UPOSAŻENI WSKAZANI PRZEZ UBEZPIECZONEGO**

	Imię i nazwisko/Nazwa	PESEL lub data urodzenia/REGON	Udział
1			.....%
2			.....%

W przypadku niewskazania osób uprawnionych do otrzymania świadczenia lub śmierci osoby uposażonej, osobami uprawnionymi są osoby wskazane w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS.

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO**

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane i informacje, zawarte we wniosku, są poprawne i prawdziwe.

**1. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez MACIF Życie TUV danych dotyczących mojego stanu zdrowia, natógów, historii chorób, podanych w niniejszym wniosku i wszelkich innych pismach mających związek z zawarciem i wykonywaniem wnioskowanej umowy ubezpieczenia, a także pozyskanych przez MACIF Życie TUV w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

TAK  NIE

**2. KLAUZULA MEDYCZNA**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych kategorii tj. danych o stanie zdrowia, w związku z czym zgodnie z art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta niniejszym upoważniam wszelkie podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielają mi świadczeń zdrowotnych, do przekazywania MACIF Życie TUV z siedzibą w Warszawie (również po mojej śmierci) dokumentacji medycznej i informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres objętych niniejszym upoważnieniem informacji i dokumentacji medycznej obejmuje następujące informacje: o przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Zakres informacji i dokumentacji, do otrzymywania których upoważniam MACIF Życie TUV, nie obejmuje wyników badań genetycznych.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na zasięganie przez MACIF Życie TUV u każdego ubezpieczyciela informacji dotyczących moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przeze mnie w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia, ustalenia prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wysokości tych świadczeń, a także do udzielania informacji o przyczynie śmierci, w przypadku zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu mojego zgonu. Tym samym wyrażam zgodę na udzielenie informacji w zakresie wskazanym w zdaniu powyżej każdemu innemu ubezpieczycielowi i zakładowi reasekuracji, na pisemne żądanie tego zakładu.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych szczególnych kategorii tj. danych o stanie zdrowia, w związku z czym zgodnie z art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r., poz. 1844, z późn. zm.), upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MACIF Życie TUV danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności MACIF Życie TUV i wysokości świadczenia w ramach umowy ubezpieczenia, zawieranej w oparciu o niniejszy wniosek.

TAK  NIE

**3. OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą mój stan zdrowia jest dobry, nie posiadam żadnych schorzeń, które uniemożliwiałyby zawarcie umowy ubezpieczenia na życie i jestem w stanie wypełniać swoje codzienne obowiązki życiowe. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że roszczenie spowodowane chorobą serca, udarem mózgu, chorobą nowotworową, cukrzycą, infekcją HIV i każdym innym schorzeniem, o którym wiedziałem bądź lezeniu którego zostałem poddany do dnia podpisania niniejszego wniosku, nie zostanie wypłacone, jeżeli zdarzenie objęte ubezpieczeniem wystąpiło w ciągu 3 pierwszych lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.

TAK  NIE

**4. OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z OWU**

Oświadczam, że przed sporządzeniem wniosku, otrzymałem/-am, zapoznałem/-am się i zaakceptowałem/-am treść Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS. Niniejszym wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszym wnioskiem, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.

TAK  NIE

**5. ZGODA MARKETINGOWA**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowych dotyczących MACIF Życie TUW.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na marketing bezpośredni produktów i usług MACIF Życie TUW prowadzony drogą telefoniczną poprzez:

połączenia telefoniczne;  
 SMS.

**6. ZGODA – BADANIE SATYSFAKCJI**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu przeprowadzenia badania i analizy satysfakcji z obsługi świadczonej przez MACIF Życie TUW drogą:

elektroniczną poprzez wiadomości e-mail;  
 telefoniczną poprzez połączenia telefoniczne;.  
 telefoniczną poprzez wiadomości SMS.

Potwierdzam, że zapoznałem się i akceptuję treść wyżej wymienionych oświadczeń.

Data: D D M M R R R R	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczonego ▼
--------------------------	--------------	------------------------------------

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO**

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie dane i informacje, zawarte we wniosku, są poprawne i prawdziwe.

**1. OŚWIADCZENIE ZAPOZNANIA SIĘ Z OWU**

Oświadczam, że przed sporządzeniem wniosku otrzymałem/-am, zapoznałem/-am się i zaakceptowałem/-am treść Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS .

TAK  NIE

**2. OŚWIADCZENIE O PRAWIE DO ODSZKADNIENIA**

Oświadczam, iż zostałem/-am powiadomiony/-a o przystępującym mi prawie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszego wniosku w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, a w przypadku, w którym jestem przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Zostałem również poinformowany/-a, iż oświadczenie o odstąpieniu wymaga zachowania formy pisemnej.

TAK  NIE

**3. ZGODA MARKETINGOWA**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie drogą elektroniczną informacji handlowych dotyczących MACIF Życie TUW.

TAK  NIE

Wyrażam zgodę na marketing bezpośredni produktów i usług MACIF Życie TUW prowadzony drogą telefoniczną poprzez:

połączenia telefoniczne;  
 SMS.

**4. ZGODA – BADANIE SATYSFAKCJI**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w celu przeprowadzenia badania i analizy satysfakcji z obsługi świadczonej przez MACIF Życie TUW drogą:

elektroniczną poprzez wiadomości e-mail;  
 telefoniczną poprzez połączenia telefoniczne;.  
 telefoniczną poprzez wiadomości SMS.

**5. ZGODA - KORESPONDENCJA**

Wyrażam zgodę na doręczanie mi przez MACIF Życie TUW wszelkiej dokumentacji związanej z umową ubezpieczenia, w tym rocznych informacji z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia oraz korespondencji kierowanej przez MACIF Życie TUW w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, o ile zapisy OWU nie stanowią inaczej:

1. w formie elektronicznej na wskazany przeze mnie w niniejszym wniosku adres e-mail

TAK  NIE

2. na innym niż pismo trwałym nośniku

TAK  NIE

Potwierdzam, że zapoznałem/-am się i akceptuję treść wyżej wymienionych oświadczeń.

Data: D D M M R R R R	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczającego ▼
--------------------------	--------------	--------------------------------------

**Oświadczenie o posiadaniu beneficjenta rzeczywistego\***

MACIF Życie TUW, na podstawie ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, jest zobowiązane do pozyskiwania od swoich klientów poniższych informacji.

Oświadczam, że posiadam beneficjenta rzeczywistego\*:  TAK  NIE

Dane beneficjenta rzeczywistego\*:

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

D D M M R R R R

PESEL

Obywatelstwo

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Inny (jaki?)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod kraju (w przypadku paszportu)

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

\* Zgodnie z art. 2 pkt 1a ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. z dnia 17 lutego 2016 r., Dz. U. z 2016 r., poz. 299) przez beneficjenta rzeczywistego rozumie się:

- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są właścicielami osoby prawnej lub sprawują kontrolę nad klientem albo mają wpływ na osobę fizyczną, w imieniu której przeprowadzana jest transakcja lub prowadzona jest działalność,
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które są udziałowcami lub akcjonariuszami, lub posiadają prawo głosu na zgromadzeniu wspólników w wysokości powyżej 25% w tej osobie prawnej, w tym za pomocą pakietów akcji na okaziciela, z wyjątkiem spółek, których papiery wartościowe są w obrocie zorganizowanym, podlegających lub stosujących przepisy prawa Unii Europejskiej w zakresie ujawniania informacji, a także podmiotów świadczących usługi finansowe na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej albo państwa równoważnego – w przypadku osób prawnych,
- osobę fizyczną lub osoby fizyczne, które sprawują kontrolę nad co najmniej 25% majątku – w przypadku podmiotów, którym powierzono administrowanie wartościami majątkowymi oraz rozdzielanie takich wartości, z wyjątkiem podmiotów wykonujących czynności, o których mowa w art. 69 ust. 2 pkt 4 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi.

Data: D D M M R R R R	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczającego ▼
--------------------------	--------------	--------------------------------------

**Oświadczenie PEP (osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, zamieszkująca poza terytorium RP)\***

MACIF Życie TUW, na podstawie ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, jest zobowiązane do pozyskiwania od swoich klientów poniższych informacji.

Uprowadzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 § 1 w zw. z § 6 kodeksu karnego (§ 1: Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8; § 6: Przepisy § 1-3 oraz 5 stosuje się odpowiednio do osoby, która składa fałszywe oświadczenie, jeżeli przepis ustawy przewiduje możliwość odebrania oświadczenia pod rygorem odpowiedzialności karnej) **niniejszym oświadczam, że:**

jestem /  nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne, zamieszkałą poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (PEP)\*.

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

D D M M R R R R

PESEL

Obywatelstwo

Dowód osobisty

Paszport

Karta pobytu

Inny (jaki?)

Seria i numer dokumentu tożsamości

Kod kraju (w przypadku paszportu)

Adres zamieszkania (ulica, nr domu, nr mieszkania)

Kod pocztowy

Miejscowość

Kraj

\* Za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – zgodnie z ustawą z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (t.j. z dnia 17 lutego 2016 r., Dz.U. z 2016 r., poz. 299) – rozumie się osoby fizyczne:

- szefów 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'affaires 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.

Data: D D M M R R R R	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczającego ▼
--------------------------	--------------	--------------------------------------

**POTWIERDZENIE POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO**

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia, wskazane w niniejszym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie, zostały złożone przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz poprawności ich danych na podstawie okazanych dokumentów tożsamości ze zdjęciem.

Poinformowałem Ubezpieczającego o kosztach związanych z umową ubezpieczenia oraz przekazałem Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO PLUS .

Data: D D M M R R R R	Imię i nazwisko pośrednika:	Nazwa firmy:	▼ Czytelny podpis pośrednika ▼
--------------------------	-----------------------------	--------------	--------------------------------