



Numer Umowy Pożyczki/Umowy Leasingu	
Imię i nazwisko Pożyczkobiorca/Leasingobiorca	
PESEL	
Adres zamieszkania/korespondencyjny	
Numer telefonu kontaktowego*	Adres e-mail*

1. W niniejszym oświadczeniu kierowanym do Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy Al. Jerozolimskie 212A wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy Ubezpieczenia na życie dla Leasingobiorców i Pożyczkobiorców Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. nr Impuls-Leasing 01/15 (zwanej dalej „Umową Ubezpieczenia”) zawartej przez Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. z Sopockim Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1 (zwanym dalej również „Ubezpieczycielem”).

2. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy Ubezpieczenia lub na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am tekst „Warunków Ubezpieczenia na Życie dla Leasingobiorców i Pożyczkobiorców Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. (kod: IML 01/16)” (zwanych dalej „Warunkami Ubezpieczenia”) określających zasady, na jakich udzielana mi będzie ochrona ubezpieczeniowa, w tym zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powinności lub obowiązków Ubezpieczonego, wysokości sumy ubezpieczenia, wysokości świadczeń i zasady ich wypłat, jak również sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej oraz akceptuję te Warunki Ubezpieczenia.

3. Wyrażam zgodę na proponowaną mi wysokość Sumy Ubezpieczenia.

4. **Oświadczam, iż mój stan zdrowia nie wymaga leczenia, kontroli lekarskiej oraz nie zdiagnozowano u mnie, ani nie byłem leczony/leczona z powodu którejkolwiek z wymienionych chorób: choroby nowotworowej, choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego krwi, wady serca, zaburzeń rytmu serca, tętniaków dużych naczyń, miażdżycy uogólnionej tętnic, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, astmy oskrzelowej, śródmiąższowego zapalenia płuc, choroby demielinizacyjnej, zaburzeń psychicznych, udaru mózgu, wylewu krwi do mózgu, neuropatii obwodowej, dystrofii mięśniowej, miastonii, wielotorbiewatości nerek, zapalenia kłębkowatego nerek, niewydolności nerek, zapalenia wątroby typu B lub C, marskości wątroby, przewlekłego zapalenia trzustki, tocznia układowego, twardziny układowej, chorób kręgosłupa i stawów, cukrzycy, padaczki. Nie oczekuję na zabieg operacyjny.****

5. Niniejszym oświadczam, że upoważniam Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie do ujawniania Ubezpieczycielowi informacji objętych tajemnicą handlową dotyczących Umowy Leasingu/Umowy Pożyczki w zakresie niezbędnym do obliczenia wysokości Składki Ubezpieczeniowej za świadczoną na moją rzecz ochronę ubezpieczeniową oraz do ustalenia i obliczenia Świadczenia oraz sposobu wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia.

6. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie na podstawie art. 38 ust 8 Ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015r., poz. 1844) przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na

Życie ERGO Hestia S.A. w Sopocie od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

7. W przypadku zgłoszenia roszczenia z Umowy Ubezpieczenia upoważniam (także po mojej śmierci) Ubezpieczyciela do zasięgania od każdego z podmiotów, który udzielał mi świadczeń zdrowotnych (zakładu opieki zdrowotnej, osoby fizycznej wykonującej zawód medyczny, grupowej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych) wszystkich informacji, w tym dokumentacji medycznej, dotyczących stanu mojego zdrowia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Powyższa zgoda jest nieodwołalna.

8. Przyjmuję do wiadomości, że na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2014 r., poz. 1182 j.t.) Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie, przy ul. Hestii 1, jest administratorem moich danych osobowych, podanych przeze mnie dobrowolnie, które będą przez tego Ubezpieczyciela przetwarzane po przekazaniu ich przez Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o., w celu wywiązania się z zawartej na mój rachunek przez Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. Umowy Ubezpieczenia.

9. Jednocześnie oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a, że służy mi prawo wglądu do moich danych osobowych oraz ich poprawiania, a przetwarzanie tych danych w celach innych, niż wymienione powyżej cele prawnie usprawiedliwione lub statutowe Ubezpieczyciela albo osób trzecich, którym są przekazywane te dane - wymaga uzyskania mojej przedniej zgody.

10. Wyznaczam Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o. jako: Uposażonego do świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego z Umowy Leasingu/Umowy Pożyczki.

11. Oświadczam, że jestem świadomy/a, że przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia jest dobrowolne oraz że mogę wystąpić z Umowy Ubezpieczenia w każdym czasie.

12. Udzielam/Nie Udzielam Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA z siedzibą w Sopocie zgody na doręczanie mi przez tego Ubezpieczyciela - z wykorzystaniem środków porozumiewania się na odległość: telefon, strony internetowe - wszelkich dokumentów, oświadczeń czy innej, bieżącej korespondencji w związku z wykonywaniem i obsługą zawartych przeze mnie z tym Ubezpieczycielem Umów Ubezpieczenia.

13. Czy wnioskuję Pan/i o przesyłanie drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail wszelkiej korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych, w tym również odpowiedzi na złożoną reklamację?

Tak/Nie***

Wyrażam zgodę na przekazanie Ubezpieczycielowi niniejszego dokumentu Deklaracji Zgody.

Jednocześnie oświadczam, iż złożony przeze mnie poniżej podpis należy rozumieć jako złożony pod każdym z wyżej zamieszczonych oświadczeń.

Pożyczkobiorca/Leasingobiorca

Data i podpis Pożyczkobiorcy/Leasingobiorcy

.....

Potwierdzam autentyczność podpisu(ów) Ubezpieczonego/Ubezpieczonych

(pieczęć, data i podpis przedstawiciela Impuls-Leasing Polska Sp. z o.o.)

.....

Uwaga:

* Wymagane, w przypadku zaznaczenia przez Ubezpieczonego zgody na wykorzystanie adresu e-mail/telefonu.

** W przypadku braku podpisania oświadczenia, o stanie zdrowia należy wypełnić kwestionariusz medyczny.

*** Niepotrzebne skreślić.