



Declaratie Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Contractant/Asigurat (persoana care contracteaza asigurarea):

Nume_Prenume/Denumire _____, CNP/CUI _____
nr. telefon (mobil) _____, adresa de corespondenta (e-mail) _____,

Prin semnarea prezentei, declar pe propria raspundere ca:

1. DECLARATIE PRIVIND INFORMAREA

Am luat la cunostinta de continutul Notei de Informare (cod 00.00.04.F.003.0.A) si ma oblig s-o transmit tuturor persoanelor ale caror date cu caracter personal le furnizez in procesul de asigurare in vederea informarii corecte a acestora.

Declar si agreez ca furnizarea adresei de e-mail in scopurile precizate in Nota de Informare reprezinta acordul meu pentru utilizarea acesteia ca mijloc de comunicare a informatiilor.

Nume_Prenume Reprezentant Contractant/Asigurat PJ: _____ In calitate de: _____.

Semnatura: _____ **Data** _____

2. ACORD:

Confirm ca am citit, am inteles continutul prezentului acord, iar cele exprimate mai jos reprezinta vointa mea, in cunostinta de cauza, liber exprimata, transpusa pe acest formular bifat corespunzator.

2.1. *prelucrarea datelor cu caracter personal in scop de marketing, pentru informarea si acordarea de beneficii de loialitate si pentru imbunatatirea permanenta a calitatii serviciilor si produselor oferite (transmiterea de stiri, promotii, produse noi):*

sunt de acord nu sunt de acord (refuzul / retragerea consimtamantului pentru acest scop nu are niciun impact asupra desfasurarii procesului de asigurare si nici nu-l conditioneaza).

2.2. Pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, indispensabile in vederea prestarii serviciilor de asigurare (ofertarea si emiterea politelor de asigurare, gestionarea contractelor de asigurare/ politelor, inclusiv reinnoirea acestora, solutionarea daunelor) si de reasigurare, cu respectarea legislatiei specifice in vigoare.

- privind starea de sanatate:
 - sunt de acord si autorizez / exonerez oricare medic sau institutie / oficialitate ce detine informatii referitoare la date privind sanatatea, inclusiv istoricul meu medical, in vederea punerii acestora la dispozitia Omniasig VIG in caz de dauna.
 - nu sunt de acord
 - nu se aplica
- privind minorii nominalizati ca (potentiali) asigurati/beneficiari:
 - sunt de acord / am acordul parintelui sau tutorelui
 - nu sunt de acord / nu am acordul parintelui sau tutorelui
 - nu se aplica

Am inteles ca datele mele cu caracter personal si/sau ale persoanelor pentru care solicit asigurarea sunt absolut necesare pentru obtinerea produselor și serviciilor de asigurare si ca refuzul de a le furniza poate bloca procesul de ofertare a unor solutii de asigurare personalizate, adaptate cerintelor si nevoilor mele si sau ale persoanelor pentru care solicit asigurarea sau poate determina, dupa caz, incetarea contractului de asigurare.

Semnatura: _____ **Data:** _____