



Grupowe Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków Twoje Dziecko

Wariant Twojego ubezpieczenia _____

(Wypełnia rodzic/opiekun. Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

DANE RODZICA/ OPIEKUNA

Imię _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Telefon komórkowy _____

E-mail _____

DANE DZIECKA

Imię _____

Nazwisko _____

Data urodzenia _____

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że zostały mi dostarczone i zapoznałam/em się z treścią niżej wymienionych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz dokumentem zawierającym informacje o produkcie ubezpieczeniowym. Warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla placówek oświatowych zawarte są w Ogólnych Warunkach Twoja Dziecko 1/2019. Zgadzam się na wykorzystanie mojego numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej w celu aktywacji internetowego serwisu obsługi zamieszczonego na www.aviva.pl i administrowanego przez Aviva

Informujemy, że Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. siedzibą w Warszawie, przy ul. Inflanckiej 4B 00-189 Warszawa oraz agenta ubezpieczeniowego współpracującego z Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. w celu przedstawiania Ci ofert ubezpieczeniowych oraz zawarcia i realizacji umowy. Podawanie imienia, nazwiska, daty urodzenia i numeru PESEL jest wymagane ze względu na konieczność prawidłowej identyfikacji, numer telefonu jest wymagany w celu umożliwienia kontaktu natomiast podanie adresu e-mail jest dobrowolne lecz umożliwi szybszą komunikację elektroniczną. Przysługuje Panu/Pani prawo dostępu do treści przekazywanych danych i ich poprawiania, usuwania oraz prawo zgłoszenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych zamieszczony jest w polityce prywatności na stronie internetowej www.aviva.pl

Zgody dobrowolne:

☐ Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez spółki Grupy Aviva oraz na wzajemne udostępnianie przez nie tych danych w celu oferowania usług finansowych i dalszego przetwarzania przy wykonywaniu tych usług, oraz na połączenie moich danych w administrowanych zbiorach również z innymi pozyskanymi danymi.

☐ Zgadzam się na przysyłanie informacji handlowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

☐ Zgadzam się na otrzymywanie w formie elektronicznej dokumentów związanych z zawarciem i realizacją umowy.

Data i podpis rodzica/opiekuna _____

Polisa numer _____

(Wypełnia agent)

Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych SA, ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa, NIP: 5260209998, Nr KRS 0000009857

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Kapitał zakładowy: 59 360 000 zł, Kapitał wypłacony: 59 360 000 zł