

POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Sp. z o.o. informuje, że:

1. Administratorem Pani/ Pana danych osobowych podanych w związku z korzystaniem z systemu Polisa24 jest POLISA-ŻYCIE Ubezpieczenia Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02 -342 Warszawa), Al. Jerozolimskie 162, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego, prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla miasta stołecznego Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy KRS za numerem KRS 0000732802, NIP 7010817930, kapitał zakładowy 2 500 000,00 złotych.
2. Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w kilku różnych celach tj. dla w celu realizacji niniejszego wniosku oraz zawierania umów ubezpieczenia za pośrednictwem systemu Polisa24 „zawieranie umów”
3. Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) 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.
4. Pani/ Pana dane osobowe mogą być przekazane następującym kategoriom odbiorców: (1) zakładom ubezpieczeń, 2) ubezpieczającym, 3) ubezpieczonym, 4) dostawcom usług zaopatrujących administratora danych w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, jak również 5) zewnętrznym ekspertom świadczącym usługi doradcze.
5. Pani/ Pana dane osobowe nie będą przekazywane do Państw trzecich.
6. Pani/ Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres współpracy, a po jej zakończeniu aż do upływu okresów przedawnienia wynikających z prawa cywilnego oraz podatkowego.
7. Posiada Pani/ Pan następujące uprawnienia dotyczące Pani/ Pana danych osobowych:
 - a) prawo dostępu do danych osobowych;
 - b) prawo do sprostowania lub uzupełnienia niekompletnych danych osobowych;
 - c) prawo do usunięcia danych osobowych, tj. prawo do „bycia zapomnianym”;
 - d) prawo do ograniczenia przetwarzania;
 - e) prawo do przenoszenia danych osobowych;
 - f) prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych, w tym ich profilowania.
8. Ma Pani/ Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (ul. Stawki 2, 00-193 Warszawa), jeżeli uzna Pani/ Pan, że przetwarzanie przez Pani/ Pana danych osobowych narusza przepisy prawa z zakresu ochrony danych osobowych.

(Data: dd-mm-rrrr)

(Data: dd-mm-rrrr)

czytelny podpis Użytkownika

czytelny podpis Pośrednika



**OŚWIADCZENIE OFWCA W ZAKRESIE DANYCH OSOBOWYCH I O PEŁNEJ
ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH ***

Dane osobowe:	
Imię:	
Drugie imię:	
Nazwisko:	

PESEL:	
Rodzaj dokumentu tożsamości: ¹⁾	.
Kraj wydania paszportu	
Seria i numer	
Data ważności dokumentu	

Wykształcenie	
Miejsce zamieszkania (miejscowość)	

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
Data

.....
Czytelny podpis OFWCA

* zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 12.12.2018 r. w sprawie wniosków o wpis do rejestru agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające

¹⁾ Dotyczy osób, którym nie został nadany numer PESEL (cudzoziemców)