

WNIOSEK O USTANOWIENIE/ZMIANĘ UPOSAŻONYCH W UBEZPIECZENIU NNW

Ubezpieczony:

Nazwisko: Imię (imiona):
Data urodzenia: Miejsce urodzenia:
Płeć: ☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
PESEL: lub Numer paszportu:

Adres do korespondencji:

Ulica:
Nr domu: Nr mieszkania: Miejscowość:
Kod pocztowy: Poczta:

Ubezpieczający:

Nazwa Ubezpieczającego:
Nr Polisy:

Dyspozycja:

Niniejszym wyznaczam następujących Uposażonych:

L.p.	Nazwisko i imię	Data urodzenia	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Świadczenie (%)
1					
2					
3					
				Łącznie:	100%

Ustanowienie / zmiana Uposażonych obowiązuje od: (nie wcześniej niż data otrzymania niniejszego Wniosku przez Ubezpieczyciela).

..... data podpis Ubezpieczonego

Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych w związku z objęciem opieką ubezpieczeniową jest LMG Försäkrings AB SA działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa (dalej jako: „Administrator”). Podanie w/w danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne, aby zapewnić Ci możliwość oznaczenia Twojej tożsamości jako osoby składającej oświadczenie, a tym samym realizacji Twoich uprawnień wynikających z umowy ubezpieczenia poprzez wskazanie przez Ciebie uposażonych z Twojej polisy. Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez czas trwania opieki ubezpieczeniowej, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z kodeksu cywilnego. We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez Administratora możesz się skontaktować z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem daneosobowe@luxmed.pl. Pełna treść klauzuli obowiązku informacyjnego wraz z pouczeniem o przysługujących Ci prawach, w tym prawem do złożenia skargi wobec organu nadzoru dostępna jest na naszej stronie internetowej oraz została dołączona do umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałeś objęty naszą opieką.