

WNIOSEK O USTANOWIENIE/ZMIANĘ UPOSAŻONYCH W UBEZPIECZENIU GRUPOWYM

Ubezpieczony:

Nazwisko: Imię (imiona):

Data urodzenia:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

PESEL: lub Seria i nr paszportu/dowodu tożsamości:*

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	PESEL	Seria i nr paszportu/ dowodu tożsamości*	Data urodzenia*	Świadczenie (%)
1					
2					
3					
				Łącznie:	100%

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

.....
data

.....
podpis Ubezpieczonego

* uzupełnić w przypadku braku numeru PESEL

Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych w związku z objęciem opieką ubezpieczeniową jest LUX MED Ubezpieczenia TUiR S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa (dalej jako: „Administrator”). Podanie w/w danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne, aby zapewnić Tobie 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 wynikających 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 Tobie prawach, w tym prawem do złożenia skargi wobec organu nadzoru dostępna jest na naszej stronie internetowej ubezpieczenia-luxmed.pl oraz została dołączona do umowy ubezpieczenia, w ramach której zostałeś objęty naszą opieką.