



**DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ  
W RAMACH UBEZPIECZENIA PODRÓŻY**  
**dla Posiadaczy kart kredytowych Citibank MasterCard World Signia  
Ultime/ kart kredytowych World Elite MasterCard Ultime  
wydanych przez Bank Handlowy w Warszawie S.A.**

- Chcę przystąpić do Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, ul. Giełdowa 1, (dalej „**Ubezpieczyciel**”), a Bankiem Handlowym w Warszawie S.A., z siedzibą przy ul. Senatorskiej 16, w Warszawie (00-923), (dalej „**Ubezpieczającym**”), na podstawie dostarczonych mi Szczególnych Warunków Ubezpieczenia (dalej „**SWU**”) dla Posiadaczy kart kredytowych Citibank MasterCard World Signia Ultime/ kart kredytowych World Elite MasterCard Ultime wydanych przez Bank Handlowy w Warszawie S.A.
- NIE Chcę przystąpić do Umowy ubezpieczenia.

.....  
(data i podpis Klienta)

**Oświadczenia w związku z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia:**

Oświadczam, iż otrzymałem SWU wraz informacją, o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (skorowidz stanowiący integralną część SWU).

Oświadczam, iż otrzymałem ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (Karta Produktu).

Oświadczam, że otrzymałem/łam informacje wynikające z 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1) oraz że zostałem poinformowany, że administratorem moich danych osobowych przekazanych w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia jest Inter Partner Assistance Oddział w Polsce z siedzibą przy ul. Giełdowej 1, 01-211 Warszawa, będąca oddziałem Inter Partner Assistance S.A. z siedzibą w Brukseli.

Jednocześnie zostałem poinformowany, iż moje Dane nie będą przekazywane do Ubezpieczyciela, wcześniej niż w chwili zgłoszenia się do Ubezpieczyciela w celu uzyskania świadczenia.

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, iż wszelkie spory wynikające lub związane z niniejszą umową ubezpieczenia będą rozstrzygane przez sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, a w przypadku dochodzenia roszczeń przez spadkobiercę Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia – przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy.

.....  
(data i podpis Klienta)

.....  
Podpis pracownika  
przyjmującego Oświadczenie

**Wypełnia Bank**

Dane posiadacza rachunku:

.....  
Imię i nazwisko Klienta

.....  
Numer Klienta

.....  
Numer PESEL Klienta

.....  
Podpis i pieczętka pracownika Banku