

## Ubezpieczenie podróżne Citigold Private Client

Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia i nieodpłatne objęcie mnie świadczeniami ubezpieczeniowymi opisanymi w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia, w których ochrony ubezpieczeniowej udziela Inter Partner Assistance Oddział w Polsce, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warszawa. Jest on oddziałem Inter Partner Assistance S.A., spółki prawa belgijskiego z siedzibą pod adresem Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Bruksela, dopuszczonej do prowadzenia działalności w Belgii przez l'Autorité des Services et Marchés Financiers (Urząd Nadzoru Usług i Rynków Finansowych). Podmioty te należą do grupy AXA Assistance.

Oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam „Citigold Private Client - Szczególne Warunki Ubezpieczenia” (dalej „SWU”) zawierające informacje, o których mowa w art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (przesłanki wypłaty świadczeń, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń) oraz Kartę Produktu ubezpieczeniowego i zostałem/zostałam poinformowany/poinformowana o konieczności zapoznania się z ich treścią.

Przyjmuję do wiadomości, że korzystanie z ubezpieczenia jest dobrowolne.

Oświadczam, że otrzymałem/am 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.

Oświadczam, że zostałem/am 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 Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia - przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy.

Oświadczam, że zostałem poinformowany, iż w przypadku zgłoszenia roszczenia o realizację świadczenia mogę zostać poproszony o wyrażenie zgody na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela danych dotyczących mojego stanu zdrowia, nałogów, historii chorób w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia/udzielaniem ochrony ubezpieczeniowej. Podanie takich danych jest dobrowolne, ale konieczne w celu oceny zasadności roszczeń w tytule umowy ubezpieczenia.

Jednocześnie Ubezpieczyciel informuje, iż w przypadku zgłoszenia roszczenia o wykonanie świadczeń o charakterze medycznym z umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może wnosić o dostarczenie dokumentacji medycznej, wyrażenia dalszych zgód i złożenia oświadczeń niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i zakresu przysługujących świadczeń. W szczególności Ubezpieczyciel może wnosić o:

- złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dotyczącego uzyskiwania informacji i dokumentacji od lekarzy i placówek medycznych),
- uzyskanie informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia,
- uzyskanie informacji od innych ubezpieczycieli.

Niniejszym, na podstawie art. 104 ust. 3 ustawy - Prawo bankowe, upoważniam Bank Handlowy w Warszawie S.A. do przekazania na rzecz Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce informacji objętych tajemnicą bankową tj. mojego imienia i nazwiska oraz rodzaju i numeru Karty Debetowej w przypadkach likwidacji szkód oraz reklamacji zgłoszonych przez Beneficjenta/Ubezpieczonego w ramach ubezpieczenia i w zakresie niezbędnym do skutecznej likwidacji szkód lub rozpatrywania reklamacji.

.....  
Podpis Klienta

.....  
Podpis pracownika  
przyjmującego Oświadczenie

### Wypełnia Bank

Dane posiadacza lub pierwszego współposiadacza rachunku:

.....  
Imię i nazwisko Klienta

.....  
Numer Klienta

.....  
Numer PESEL Klienta

.....  
Podpis i pieczęćka pracownika Banku

## Travel Insurance Citigold Private Client

I express my consent to join the insurance agreement and to be covered, free of charge, by the insurance benefits described in the Specific Terms of Insurance, under which insurance cover is provided by Inter Partner Assistance Branch in Poland, ul. Giełdowa 1, 01-211 Warsaw. It is a branch of Inter Partner Assistance S.A., a company established under Belgian law, with its registered office at the address: Avenue Louise, 166 bte1, 1050, Brussels, licensed to pursue its activity in Belgium by l'Autorité des Services et Marchés Financiers (Financial Services and Markets Supervisory Authority). These entities are affiliated companies of AXA Assistance Group.

I declare that I have received the "Citigold Private Client - Specific Terms of Insurance" ("SToI"), containing the information set out in Article 17(1) of the Act of 11 September 2015 on Insurance and Reinsurance Activity (conditions of payment of benefits, limitations and exclusions of liability of the insurance company), and the Insurance Product Sheet, and I have been informed of the requirement to familiarize myself with their contents.

I am aware that the use of the insurance is voluntary.

I declare that I have received the information resulting from the Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data, and repealing Directive 95/46/EC (General Data Protection Regulation) (OJ EU L of 2016 No. 119, p. 1)

I declare that I have been informed that any disputes resulting from or connected with this insurance agreement will be settled by the competent court determined in accordance with the general regulations concerning court jurisdiction or the competent court having jurisdiction over the place of residence or registered office of the Policyholder, Insured or the holder of the rights under the insurance agreement, and if claims are enforced by a heir of the Insured or the holder of the rights under the insurance agreement - by the competent court having jurisdiction over the heir's place of residence.

I declare that I have been informed that if a claim for a benefit is filed I may be asked to give my consent to the processing by the Insurance Company of data relating to my health condition, addictions, medical history in connection with the performance of the insurance agreement or the provision of the insurance cover. The provision of such data is voluntary, but necessary to assess whether or not claims filed under the insurance agreement are legitimate.

Simultaneously, the Insurance Company informs you that in the event that a claim for benefits that are medical in nature is filed under the insurance agreement, the Insurance Company may ask for medical records, further consents and other declarations required to determine the liability of the Insurance Company and the scope of the benefits due. In particular, the Insurance Company may ask for:

- making a declaration under Article 38 of the Act of 11 September 2015 on Insurance and Reinsurance Activity (i.e. a declaration related to obtaining information and records from physicians and health care institutions);
- obtaining information from Narodowy Fundusz Zdrowia (National Health Fund);
- obtaining information from other insurance companies.

Pursuant to Article 140(3) of the Bank Law, I hereby authorize Bank Handlowy w Warszawie S.A. to provide Inter Partner Assistance S.A. Branch in Poland with information covered by bank secrecy, i.e. my name and surname and the type and number of the Debit Card, in cases relating to handling of claims and processing of complaints submitted by the Beneficiary/Insured under the insurance and to the extent necessary to effectively handle claims or process such complaints.

.....  
Client's signature

.....  
Signature of the employee  
accepting the Declaration

---

### To be completed by the Bank

Details of the account holder or first co-holder:

.....  
Client's full name

.....  
Client's number

.....  
Client's PESEL [personal identification number]

.....  
Bank employee's signature and stamp