# **reklama_new****Bank Spółdzielczy Pojezierza Międzychodzko-Sierakowskiego w Sierakowie**

|  |
| --- |
|  |
| nazwa, siedziba, adres, NIP, REGON, KRS/ PESELadres siedziby |

|  |
| --- |
|  |

**OŚWIADCZENIE**

**Część A**

1. **Analiza potrzeb klienta** …………………….

|  |  |
| --- | --- |
|  |   |

oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że wypełnienie niniejszej ankiety jest dobrowolne oraz, że w przypadku odmowy wypełnienia jej, Bank ma ograniczoną możliwość dokonania oceny, czy zawierana przeze mnie umowa ubezpieczenia bądź przystąpienie do ubezpieczenia grupowego są dla mnie odpowiednie

|  |  |
| --- | --- |
|  |  Odmawiam przeprowadzenia ankiety |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Przedmiot ubezpieczenia | Klient zainteresowany | Zakres ryzyk |  |
|  | Pojazd | TAK NIE | OC AC | Szyby, KRAJ , zagranica |
|  | Mieszkanie/dom | TAK NIE | Ogień, zalania | Kradzież, OC, wandalizm, powódź |
|  | Podróże  | TAK NIE | Europa, świat | KL, ASS, |
|  | Życie/zdrowie | TAK NIE |  |  |
|  | Firma | TAK NIE | Mienie, OC | Gwarancje w InterRisk, budowlano - montażowe |
|  | Uprawy/rolne | TAK NIE |  | Uprawy |
|  | Ubezpieczenie Niskiego wkładu  | TAK NIE |  |  |
|  | Ub. Użytkowników kart | TAK NIE | Bezpieczna Karta | Bezpieczny podróżnik |

**Część B**

1. Niniejszym oświadczam, iż przekazano mi informacje dotyczące:

[ ]  produktu ubezpieczeniowego oferowanego za pośrednictwem Banku\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

 |

*nazwa produktu*

w tym:

1. informacje dotyczące zakładu ubezpieczeń, z którym współpracuje Bank Spółdzielczy Pojezierza Międzychodzko-Sierakowskiego w Sierakowie w tym nr wpisu do rejestru agentów,
2. zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz opis przysługujących świadczeń z umowy ubezpieczenia,
3. informacje na temat sumy ubezpieczenia oraz warunków cenowych ubezpieczenia,
4. informacje o możliwości ustanowienia uposażonych z tytułu danego ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczenia na życie,
5. informacje o okresie ochrony ubezpieczeniowej oraz zasadach kontynuacji lub wznowienia ubezpieczenia,
6. wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
7. sposób ustalania oraz zasady i możliwe przyczyny odmowy wypłaty świadczenia/odszkodowania ubezpieczeniowego,
8. wyłączenia i ograniczenia dotyczącej wysokości świadczenia/odszkodowania i karencji,
9. informację o prawie i sposobie rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej oraz informację o wszelkich konsekwencjach rezygnacji z produktu, w tym kosztach ponoszonych przez klienta;
10. zasady zgłaszania zdarzeń, reklamacji i skarg oraz trybu ich rozpatrywania, jak również informacje o pozasądowym rozwiązywaniu sporów

[ ]  minimalnego zakresu ochrony ubezpieczeniowej, który Bank uznaje za wystarczający dla zabezpieczenia swoich roszczeń oraz akceptowalny zakres wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.\*\*

Niniejszym oświadczam, że

1. przekazano mi ;

[ ]  - Warunki ubezpieczenia a w przypadku ubezpieczeń grupowych szczególne warunki ubezpieczenia.

[ ]  - Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym tj. ustandaryzowany dokument dla ubezpieczeń wymieniowych w dziale II załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

1. udostępniono mi:

[ ]  - Pełnomocnictwa zakładów ubezpieczeń dla Banku

[ ]  - Upoważnienie pracownika

[ ]  - Informację o Agencie

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  | - |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Miejscowość | Data |  podpis klienta  |

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
| stempel funkcyjny i podpis pracownika Banku |

**Klauzula informacyjna Banku Spółdzielczego Pojezierza
 Międzychodzko-Sierakowskiego w Sierakowie w tym agenta ubezpieczeniowego**

**dla osoby ubiegającej się o ochronę ubezpieczeniową**

Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 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, dalej: Rozporządzenie) Bank Pojezierza Międzychodzko-Sierakowskiego w Sierakowie przedstawia następujące informacje:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Administrator danych** |

|  |
| --- |
| Bank Spółdzielczy Pojezierza Międzychodzko – Sierakowskiego w Sierakowie (Bank) |

 |
| **Dane kontaktowe Administratora** |

|  |
| --- |
|  Z Administratorem można się skontaktować osobiście lub poprzez adres poczty elektronicznej: sekretariat@bssierakow.pl, telefonicznie: 61 29 55 920, pisemnie: ul. Bolesława Chrobrego 6, 64-410 Sieraków.  |

 |
| **Inspektor Ochrony Danych** |

|  |
| --- |
|  W Banku został wyznaczony Inspektor Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez adres poczty elektronicznej: iodo@bssierakow.pl lub pisemnie (na adres siedziby Banku). Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.  |

 |
| **Kategorie danych** | Bank przetwarza w szczególności następujące kategorie Pani/Pana danych osobowych: - dane identyfikacyjne (np. imię, nazwisko, data urodzenia) - dane dotyczące zakresu poszukiwanej ochrony ubezpieczeniowej oraz przedmiotu ubezpieczenia  |
| **Źródło danych**  | Bank pozyskuje dane bezpośrednio od Pani/Pana  |
| **Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania**  | Bank będzie przetwarzał Pani/Pana dane w celu wypełnienia obowiązków wynikających z przepisów prawa, tj. ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (podstawa prawna: art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia).  |
| **Okres przez który dane będą przechowywane**  | Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane:przez okres 6 lat od daty złożenia oświadczenia przez Panią /Pana |
| **Odbiorcy danych** | W celach wskazanych powyżej dane osobowe Pani/Pana mogą być udostępniane przez Bank podmiotom upoważnionym do odbioru danych osobowych na podstawie odpowiednich przepisów prawa, podmiotom świadczącym na rzecz Banku usługi w obszarze teleinformatycznym lub technicznym, usługi prawne lub doradcze, innym podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Banku. |
| **Profilowanie oraz zautomatyzowane podejmowanie decyzji** | Bank nie będzie podejmował decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych osobowych. |
| **Prawa osoby, której dane dotyczą** | Zgodnie z Rozporządzeniem przysługuje Pani/Panu prawo do:1. uzyskania potwierdzenia, czy Pani/ Pana dane są przetwarzane przez Bank, a także prawo dostępu do Pani/ Pana danych (art. 15 Rozporządzenia),
2. sprostowania oraz uzupełnienia Pani/ Pana danych (art. 16 Rozporządzenia),
3. usunięcia Pani/ Pana danych (art. 17 Rozporządzenia),
4. żądania ograniczenia przetwarzania Pani/ Pana danych (art. 18 Rozporządzenia).

Przysługuje Pani/Panu również prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w sytuacji, gdy istnieje podejrzenie, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy o ochronie danych osobowych. |
| **Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej** | Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej. |

**Podanie danych osobowych przetwarzanych przez Administratora jest dobrowolne jednak niezbędne do realizacji obowiązków wynikających z zapisów ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.**

Potwierdzam, że otrzymałem klauzulę informacyjną

………………………………………………….

Podpis osoby poszukującej ubezpieczenia