



Declarație Acord privind prelucrarea datelor cu caracter personal

Contractant / Asigurat (persoană care contractează asigurarea):

Nume_Prenume/Denumire COMUNA FUNDATA, CNP/CUI 4777280 nr. 10
telefon (mobil) _____, adresa de corespondență (e-mail) contact@primariafundata.ro

Prin semnarea prezentei, declar pe propria răspundere că:

1. DECLARAȚIE PRIVIND INFORMAREA

Am luat la cunoștință de conținutul Notei de Informare (cod 00.00.04.F.003.0.B) și mă oblig s-o transmit tuturor persoanelor ale căror date cu caracter personal le furnizez în procesul de asigurare în vederea informării corecte a acestora.

Declar și agreez că furnizarea adresei de e-mail în scopurile precizate în Nota de Informare reprezintă acordul meu pentru utilizarea acesteia ca mijloc de comunicare a informațiilor.

Nume_Prenume Reprezentant Contractant / Asigurat PJ: PATER MIRIAN
, în calitate de: PRIMAR **Semnătura:** _____ **Data** _____

2. ACORD:

Confirm că am citit, am înțeles conținutul prezentului acord, iar cele exprimate mai jos reprezintă voința mea, în cunoștință de cauză, liber exprimată, transpusă pe acest formular bifat corespunzător.

2.1. *prelucrarea datelor cu caracter personal în scop de marketing, pentru informarea și acordarea de beneficii de loialitate și pentru îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor și produselor oferite (transmiterea de știri, promoții, produse noi):*

☐ sunt de acord ☐ nu sunt de acord (refuzul / retragerea consimțământului pentru acest scop nu are niciun impact asupra desfășurării procesului de asigurare și nici nu-l condiționează).

2.2. Pentru prelucrarea datelor cu caracter personal, indispensabile în vederea prestării serviciilor de asigurare (ofertarea și emiterea polițelor de asigurare, gestionarea contractelor de asigurare/ polițelor, inclusiv reînnoirea acestora, soluționarea daunelor) și de reasigurare, cu respectarea legislației specifice în vigoare.

- privind starea de sănătate:
☐ sunt de acord și autorizez / exonerez oricare medic sau instituție / oficialitate ce detine informații referitoare la date privind sănătatea, inclusiv istoricul meu medical, în vederea punerii acestora la dispoziția Omnisig VIG în caz de daună;
☐ nu sunt de acord;
☐ nu se aplică;
- privind minorii nominalizați ca (potențiali) asigurați / beneficiari:
☐ sunt de acord / am acordul părintelui sau tutorelui;
☐ nu sunt de acord / nu am acordul părintelui sau tutorelui;
☐ nu se aplică.

Am înțeles că datele mele cu caracter personal și / sau ale persoanelor pentru care solicit asigurarea sunt absolut necesare pentru obținerea produselor și serviciilor de asigurare și că refuzul de a le furniza poate bloca procesul de ofertare a unor soluții de asigurare personalizate, adaptate cerințelor și nevoilor mele și / sau ale persoanelor pentru care solicit asigurarea sau poate determina, după caz, încetarea contractului de asigurare.

Semnătura: _____ **Data:** _____

