

## Oświadczenie dotyczące aktywności zawodowej

W razie wątpliwości prosimy o kontakt pod numerem telefonu (0) 801 88 9979

### Dane ubezpieczonego/ubezpieczonej

Imię i nazwisko:

PESEL:

### Definicja aktywności zawodowej

Zgodnie z zapisem Ogólnych Warunków Ubezpieczenia **Osoby Aktywne Zawodowo** są to osoby przed ukończeniem 65. roku życia, które:

- 1) świadczą pracę na podstawie stosunku pracy w wymiarze co najmniej 20 godzin tygodniowo,
- 2) świadczą usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej,
- 3) prowadzą działalność gospodarczą (w tym rolniczą) lub zawodową,
- 4) prowadzą działalność rolniczą niezakwalifikowaną do pkt 3 powyżej lub
- 5) wykonują Aktywność zawodową, ale są czasowo niezdolne do pracy na podstawie zaświadczenia lekarskiego o Czasowej niezdolności do pracy przez łączny, ciągły okres nie dłuższy niż 6 miesięcy lub przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, ojcowskich lub płatnych urloпах wypoczynkowych.

Jako osoby **Nieaktywne Zawodowo** będą natomiast traktowane osoby, które:

- 1) nie wykonują Aktywności zawodowej zgodnie z punktem 1-5 powyżej, lub
- 2) ukończyły 65. rok życia lub
- 3) nabyły uprawnienie do emerytury lub renty zgodnie z właściwymi przepisami prawa.

Upzejmie informujemy, że podane informacje zostaną zweryfikowane przez Ubezpieczyciela. Ewentualne wypłaty świadczeń uzależnione będą od wyniku postępowania roszczeniowego.

### Oświadczenie dotyczące aktywności zawodowej

Oświadczam, że zgodnie z powyższymi definicjami w dniu zdarzenia ubezpieczeniowego byłem/byłam osobą:

Aktywną zawodowo

Nieaktywną zawodowo

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań wynikającej z art. 233 k.k. oświadczam, że powyższe oświadczenie jest zgodne ze stanem faktycznym.

Przyjmuję do wiadomości, że administratorami moich danych osobowych są CNP Santander Insurance Life DAC oraz/lub CNP Santander Insurance Europe DAC z siedzibą w Dublinie, Irlandia, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2. Dane osobowe będą przetwarzane w celu podjęcia działań związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia (w tym obsługi roszczeń), na podstawie art. 6 ust. 1 b i f 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) (dalej: RODO); odbiorcami danych będą WTW Services Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Domaniewska 34a i/lub AWP P&C S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, AWP Polska sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Konstruktorska 12, Santander Consumer Bank S.A. z siedzibą we Wrocławiu, ul. Legnicka 48 B oraz QIL Technologies Ltd., jednostka należąca do Qualtrics LLC z siedzibą w Irlandii, Clarendon Row 1, Dublin 2. Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych zawarte są w dokumencie załączonym na ostatniej

Miejscowość

Data

Podpis ubezpieczonego/ubezpieczonej

Oświadczenie należy złożyć w przypadku roszczenia z powodu **Hospitalizacji**, gdy aktywność zawodowa ma wpływ na wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego. Zastrzegamy, że w celu weryfikacji możemy poprosić o inny dokument potwierdzający aktywność zawodową.