

Formularz zamiany Karty Kredytowej Citibank na Kartę Kredytową Citibank World Elite MasterCard Ultime

Dane osobowe Posiadacza Karty Kredytowej Citibank: imię i nazwisko

PESEL

**Numer Karty Kredytowej Citibank (główniej), która ma być zamieniona
na Kartę Kredytową Citibank World Elite MasterCard Ultime.**

Wnioskuje o wydanie Karty Kredytowej Citibank World Elite MasterCard Ultime, wraz z kartami dodatkowymi dla wszystkich osób, które posiadały karty dodatkowe do karty o numerze podanym powyżej wraz z zachowaniem obecnego statusu funkcjonalności karty i usług dodanych.

Wyrażam zgodę nanieodpłatnie objęcie mnie usługami: Assistance opisanymi w Regulaminie Programu Travel Assistance dla Posiadaczy Karty Kredytowej Citibank MasterCard World Signia Ultime/ World Elite MasterCard Ultime, usługami Concierge opisanymi w Zakresie Usług Concierge dla Posiadaczy Karty Kredytowej Citibank MasterCard World Signia Ultime/World Elite MasterCard Ultime oraz członkostwem w programie Priority Pass opisanym w Warunkach korzystania z karty Priority Pass przez Posiadaczy Karty Kredytowej Citibank World Elite MasterCard Ultime / Karty Kredytowej Citibank MasterCard World Signia Ultime.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia i nieodpłatnie objęcie mnie świadczeniami ubezpieczeniowymi opisanymi w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia, w których ochronę ubezpieczeniową udziela Inter Partner Assistance Oddział w Polsce, ul. Prosta 68, 00-838 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.

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. 1).

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 mogą 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 tytułu umowy ubezpieczenia.

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

- a) 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),
- b) uzyskanie informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia,
- c) uzyskanie informacji od innych ubezpieczycieli.

Upoważniam Bank Handlowy w Warszawie S. A. z siedzibą w Warszawie do przekazania moich danych osobowych objętych tajemnicą bankową (imię i nazwisko, numer telefonu, adres korespondencyjny) w celu rozpatrzenia reklamacji usług Assistance, Concierge, Priority Pass oraz ubezpieczeń opisanymi w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia dla Karty Kredytowej Citibank World Elite MasterCard Ultime firmie Citigroup Inc. z siedzibą w Belgii 198/A, Chaussee de Tervuren, 1410 Waterloo oraz za jej pośrednictwem podmiotom świadczącym powyższe usługi.

Jednocześnie rezygnuję z Pakietu Bezpieczeństwa i/lub Pakietu Podróżnego jeżeli jedno lub oba te ubezpieczenia były aktywne na karcie, która ma być zamieniona na Kartę Kredytową Citibank World Elite MasterCard Ultime.

Oświadczam, że otrzymałem/otrzymałam Szczególne Warunki 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. (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.

Miejscowość

Data i podpis Posiadacza karty

Zgodnie z Regulaminem Kart Kredytowych Citibank, Bank może zwrócić się z prośbą o przedłożenie innych dokumentów uzupełniających oraz może potwierdzać dane zawarte w niniejszym wniosku. Bank ma prawo do odmowy wymiany Karty na podstawie danych zgromadzonych w wewnętrznych bazach i systemach bankowych