

DECLARAȚIE

Subsemnatul/subsemnata
cu domiciliul în localitatea.....strada.....,
nr. ... bloc scara ... etaj ... ap.... email....., telefon
....., legitimat/ă cu B.I./C.I. seria nr. salariat/ă al/a
..... declar că
doresc să mă înscriu în grupul de asigurați SNFP pentru a beneficia de serviciile medicale
negociate în acest sens de către organizație.

Menționez faptul că sunt de acord ca valoarea abonamentului lunar, deductibilă din
baza de calcul a impozitului pe venit, conform legii, să fie reținută pe statul de plata de către
angajator și virată în contul OMNIASIG, comunicat de către SNFP.

Prin prezenta îmi exprim opțiunea de a beneficia de serviciile medicale stipulate în
VARIANTA, pentru care voi plăti lunar/semestrial/anual suma de

Prin prezenta declarație îmi exprim consimțământul cu privire la prelucrarea de către
OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP a tuturor datelor cu caracter personal,
obținute cu ocazia încheierii politei. Aceste date cu caracter personal vor putea fi folosite de
OMNIASIG VIENNA INSURANCE GROUP în următoarele scopuri, prevăzute
exemplificativ, dar nu și limitativ:

- a. în scopul încheierii și executării contractelor – conform art. 6 alin. 1 lit. b) din GDPR;
- b. în scopul respectării obligațiilor legale– conform art. 6 alin. 1 lit. c) din GDPR;
- c. în scop de marketing, pentru informare și îmbunătățirea permanentă a calității serviciilor
și produselor oferite- conform art. 6 alin. 1 lit. a) din GDPR;
- d. în scopul îndeplinirii obiectului de activitate – conform art. 6 alin. 1 lit. a) din GDPR.

Nume, prenume

Semnătură

Data

