

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia Compensa MULTI Zdrowie (285)

Wariant Ubezpieczenia – SENIOR

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

PRACOWNIK OBJĘTY UBEZPIECZENIEM

POLISA TYP 285 Nr _____

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ Telefon _____

OSOBY PRZYSTĘPUJĄCE DO UBEZPIECZENIA – RODZICE / TEŚCIOWIE PRACOWNIKA

Imię nazwisko	Adres z kodem pocztowym	Rodzic/Teść	PESEL
U1		☐ R ☐ T	_____
U2		☐ R ☐ T	_____
U3		☐ R ☐ T	_____
U4		☐ R ☐ T	_____

Składka miesięczna _____ zł Początek ubezpieczenia ____ - ____ - ____

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

- Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Compensa MULTI Zdrowie na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 1/09/2021 z dnia 6 września 2021 r. wraz z postanowieniami dodatkowymi i odmiennymi określonymi w umowie grupowego ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie.
Oświadczam, że wyżej wymienione warunki ubezpieczenia zostały mi doręczone przed podpisaniem niniejszej deklaracji zapoznałem/am się z ich treścią i ją akceptuję.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższa zgoda obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych oraz danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową podmiotom, które świadczą oraz organizują usługi medyczne (lista podmiotów na stronie www.compensa.pl) w zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku.

OŚWIADCZENIE NIEZBĘDNE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu "Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych", który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2	UBEZPIECZONY 3	UBEZPIECZONY 4
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

OŚWIADCZENIA MARKETINGOWE

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, data urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), we własnych celach marketingowych, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia.

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2	UBEZPIECZONY 3	UBEZPIECZONY 4
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

- Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych takich jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, data urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości, we własnych celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2	UBEZPIECZONY 3	UBEZPIECZONY 4
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2	UBEZPIECZONY 3	UBEZPIECZONY 4
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami w Warszawie informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2	UBEZPIECZONY 3	UBEZPIECZONY 4
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

- Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, data urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń oraz historia umowy ubezpieczenia (w tym informacje o produktach ubezpieczeniowych, z których korzystałem/am w przeszłości), w tym w zakresie w jakim te dane mogą być chronione tajemnicą ubezpieczeniową oraz w tym także dane zebrane w przyszłości były przekazywane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, w tym poprzez profilowanie, w jej własnych celach marketingowych, w tym w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

UBEZPIECZONY 1	UBEZPIECZONY 2	UBEZPIECZONY 3	UBEZPIECZONY 4
☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

data, miejscowość _____	podpis Ubezpieczonego 1 _____	podpis Ubezpieczonego 2 _____
	podpis Ubezpieczonego 3 _____	podpis Ubezpieczonego 4 _____
		podpis Ubezpieczającego _____