

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

1. UBEZPIECZAJĄCY

POLISA TYP 285 Nr _____

Nazwa firmy _____

2. UBEZPIECZONY (PRACOWNIK) (U1)

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres z kodem pocztowym _____ Telefon _____

E-mail _____ Data zatrudnienia (Wypełnia Ubezpieczający) ____-____-____ Stanowisko _____

Pakiet ☐ Indywidualny ☐ Partnerski ☐ Rodzinny

Wariant ubezpieczenia ☐ Brązowy ☐ Brązowy Plus ☐ Srebrny Basic ☐ Srebrny ☐ Złoty ☐ Platynowy

Klauzule dodatkowe: ☐ MP ☐ REH 10 ☐ REH 20 ☐ REH 40 ☐ STOM 30/70 ☐ STOM 50/50 ☐ PRSTOM

☐ SPECL ☐ PRZEG1 ☐ PRZEG2 ☐ PRZEG3 ☐ REF1000 ☐ REF1 ☐ REF2 ☐ OPERACJE A ☐ OPERACJE B

Składka miesięczna _____ zł

3. CZŁONKOWIE RODZINY PRACOWNIKA PRZYSTĘPUJĄCY DO UBEZPIECZENIA

Imię nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa	Telefon kontaktowy	Adres e-mail
U2	_____			
U3	_____			
U4	_____			
U5	_____			

Początek ubezpieczenia ____-____-____

4. 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 2/09/2023 z dnia 6 września 2023 roku 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

UBEZPIECZONY 5

☐ TAK ☐ NIE

☐ 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, płci, dacie 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, płci, dacie 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 z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) oraz Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) 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 z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) oraz Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa) 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, płci, dacie 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 z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa) do Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa), oraz na ich przetwarzanie przez Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, jak również aby Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group podejmowała wobec mnie decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie, 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 Ubezpieczonego 5 _____

_____ podpis Ubezpieczającego _____