Oświadczenie i zgoda dla PIBUIR.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o zmianach w ubezpieczeniu zdrowotnym Compensa Zdrowie. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie www.pibuir.org.pl. Zapoznałem się z warunkami i wyrażam chęć kontynuacji ubezpieczania oraz deklaruję terminowe opłacanie składek. .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych również na potrzeby obsługi ubezpieczeń przez Polskiej Izby Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracji, zgodnie z z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie **danych osobowych** (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz art. 6 ust. 1 lit. a 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)”

OŚWIADCZENIE

 Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, adres, płeć, data urodzenia, informacje o rodzajach ubezpieczeń, historii umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane w przyszłości były przetwarzane przez Polską Izbę Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracji z siedzibą w Warszawie we własnych celach. Wyrażam zgodę na podejmowanie wobec mnie działań opartych o zautomatyzowane przetwarzanie, w celu przedstawienia produktów ubezpieczeniowych i innych programów grupowych.

TAK\* NIE

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Polskiej Izby Brokerów Ubezpieczeniowych i Reasekuracji z siedzibą w Warszawie (www.pibuir.org.pl) informacji z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu: Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS, serwisy internetowe), Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)

TAK\* NIE

**Ubezpieczony (pracownik/współpracownik)**

Imię i nazwisko ………………………………………………

 ….………………………………..

data i podpis

Ubezpieczeni (współmałżonek/ partner)

Imię i nazwisko ……………………………………………. ….………………………………..

data i podpis

Ubezpieczeni (dziecko)\*

Imię i nazwisko …………………………………………… ….………………………………..

data i podpis

Ubezpieczeni (dziecko)\*

Imię i nazwisko …………………………………………… ….………………………………..

data i podpis

Ubezpieczeni (dziecko)\*

Imię i nazwisko …………………………………………… ….………………………………..

data i podpis

\* W imieniu niepełnoletniego dziecka podpis składają Rodzice lub Opiekunowie