

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

### 1. UBEZPIECZAJĄCY

POLISA TYP 280 Nr \_\_\_\_\_

Nazwa firmy \_\_\_\_\_

### 2. UBEZPIECZONY (PRACOWNIK) (U1)

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

Adres z kodem pocztowym \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ Data zatrudnienia (Wypełnia Ubezpieczający) \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Wariant \_\_\_\_\_

Pakiet  Indywidualny  Rodzinny Ubezpieczenia \_\_\_\_\_ Składka miesięczna \_\_\_\_\_ zł

### 3. CZŁONKOWIE RODZINY PRACOWNIKA PRZYSTĘPUJĄCY DO UBEZPIECZENIA

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

Początek ubezpieczenia \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

### 4. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Compensa Zdrowie na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Compensa Zdrowie zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 60/2012 z dnia 17.10.2012 r. oraz szczególnych warunków ubezpieczenia leczenia ambulatoryjnego zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr 61/2013 z dnia 15.10.2013 r., których treść jest mi znana i których odbiór potwierdzam.

#### OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

• 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.

TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE

• 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

TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE

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

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, płeć, 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.

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, 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, w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

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)

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)

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, 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 do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibami 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.

TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE   
  TAK  NIE

data, miejscowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego 1 \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego 2 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego 3 \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego 4 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_