

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

1. UBEZPIECZAJĄCY

jednostka organizacyjna ____/____/____/____

Nazwa firmy _____

NIP _____ REGON _____ Nr KRS _____ Sąd _____

Adres z kodem pocztowym _____

Telefon _____ Faks _____ E-mail _____

Rodzaj prowadzonej działalności (PKD + opis) _____

Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy (imię, nazwisko, stanowisko) _____

Osoba kontaktowa (imię, nazwisko, telefon, adres e-mail) _____

Czy przed wdrożeniem programu grupowego ubezpieczenia Compensa MULTI Zdrowie w Państwa firmie funkcjonował program prywatnej opieki medycznej dla pracowników? Tak Nie

2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wnioskowany początek ubezpieczenia ____ - ____ - ____

Brazowy*	Brazowy Plus*	Srebrny Basic*	Srebrny*	Złoty*	Senior*	REH**			STOM**	OPER**	MP Składka	Składka za pakiet		
						10	20	40				Indywidualny	Partnerski	Rodziny
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* W jednym wierszu można zaznaczyć jeden wariant.

** Jako opcja dodatkowa wariantów (poza wariantem SENIOR).

3. UBEZPIECZENI

Opis grupy zgłaszanej do ubezpieczenia (rodzaj wykonywanej pracy) _____

Liczba zatrudnionych pracowników ogółem _____ Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia – pakiety indywidualne _____

Liczba pracowników w grupie zgłaszanej do ubezpieczenia _____ Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia – pakiety partnerskie _____

Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia – pakiety rodzinne _____

4. ZAŁĄCZNIKI

Wykaz osób zgłoszonych do ubezpieczenia

Deklaracje przystąpienia szt. _____

Dowód wpłaty składki

Podpisana przez Ubezpieczającego oferta, na podstawie której sporządzony jest wniosek

Numer konta bankowego do wpłaty pierwszej raty składki: 14 1030 1508 0000 0005 0255 1191.

5. OŚWIADCZENIA

Wyrażam zgodę na zawarcie 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 15/09/2018 z dnia 21.09.2018 r., których treść jest mi znana i których odbiór przed podpisaniem niniejszego wniosku potwierdzam.

• Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o przysługującym mi prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia, które może być przeze mnie zrealizowane w terminie 30 dni, a jeżeli jestem przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia

• Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.

• Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 ust. lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Data ____ - ____ - ____ miejscowość _____ podpis, pieczęć Ubezpieczającego

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

Data ____ - ____ - ____ miejscowość _____ podpis, pieczęć Ubezpieczającego

Oświadczam, że zapoznałem osoby zainteresowane zawarciem umowy ubezpieczenia z dokumentem Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych

Data ____ - ____ - ____ miejscowość _____ podpis, pieczęć Pośrednika

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
 Klauzule dodatkowe: MP REH 10 REH 20 REH 40 STOM OPERACJE 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 15/09/2018 z dnia 21.09.2018r. Oświadczam, że wyżej wymienione warunki ubezpieczenia zostały mi doręczone przed podpisaniem niniejszej deklaracji, zapoznałem/am się z ich treścią i ją akceptuję.

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.

UBEZPIECZONY 1 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 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

UBEZPIECZONY 1 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 TAK NIE

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

UBEZPIECZONY 1 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 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 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 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 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 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 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 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 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 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 do 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 TAK NIE UBEZPIECZONY 2 TAK NIE UBEZPIECZONY 3 TAK NIE UBEZPIECZONY 4 TAK NIE UBEZPIECZONY 5 TAK NIE

data, miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego 1 _____ podpis Ubezpieczonego 2 _____

podpis Ubezpieczonego 3 _____ podpis Ubezpieczonego 4 _____ podpis Ubezpieczonego 5 _____

podpis Ubezpieczającego _____