

1. UBEZPIECZAJĄCY

Imię i Nazwisko _____

PESEL _____

Adres _____

Telefon _____

E-mail _____

2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wnioskowany początek ubezpieczenia:

Pakiet	Podstawowy 114 zł	Rozszerzony 170 zł	Kompleksowy 251 zł
Indywidualny	☐	☐	☐

3. UBEZPIECZENI

Ubezpieczony

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

4. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO - OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO ZAWARCIA UMOWY**Na wystąpienie przez Compensa do podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Wyrażam zgodę na wystąpienie 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**Na wystąpienie przez Compensa do NFZ**

Wyrażam zgodę na wystąpienie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazw i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania.

☐ 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

Wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny i mailowy przedstawiciela Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w okolicznościach związanych z oceną ryzyka medycznego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia oraz z przekazaniem decyzji o warunkach zawarcia umowy ubezpieczenia.

☐ TAK ☐ NIE

5. ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez iExpert.pl S.A. z siedzibą w Warszawie Al. Jerozolimskie 99/32, 02-001 Warszawa KRS 426530 (jako administratora danych) w celu umożliwienia:

- ☐ zawarcia, wykonywania (obsługi) i odnowienia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem iExpert.pl S.A.
- ☐ kontaktu poprzez email (to znaczy otrzymywania drogą elektroniczną informacji handlowych od iExpert.pl S.A. w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną).
- ☐ kontaktu poprzez sms i telefon (to znaczy na wykorzystywanie przez iExpert.pl S.A. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego w rozumieniu przepisów ustawy prawo telekomunikacyjne).

Bez Pani/Pana zgody dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom danych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania. Zgody w w/w określonym zakresie udziela Pani/Pan dobrowolnie.

- ☐ Wyrażam zgodę na udostępnianie – na żądanie Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group – moich danych osobowych przetwarzanych przez inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. (*)

Oświadczenie dotyczące obowiązku informacyjnego

Oświadczam, że zapoznałem osoby zainteresowane zawarciem Umowy ubezpieczenia z dokumentem „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”.

Dokument: Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych

☐ TAK ☐ NIE

Klaudia Kampioni-Grabowska

Specjalista ds Ubezpieczeń

iExpert.pl Spółka Akcyjna
 Al. Jerozolimskie 99 lok. 32
 02-001 Warszawa
 KRS 0000426530, REGON 140437850
 NIP 525-235-52-48

miejsowość i data

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensa

podpis, pieczęć Ubezpieczającego

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

KRS 6691, NIP 526 02 14 686, kapitał zakładowy 391 385 039,40 PLN - opłacony w całości

kod promocyjny:

Kontakt do opiekuna grupy:

Klaudia Kampioni

E-mail: zdrowie@iexpert.pl

Tel.: 502 913 553

data sporządzenia: