

Centrum Alarmowe: +48 22 295 82 01
Infolinia Compensy: 0 801 120 000



21100075531426

Compensa NNW II

Polisa typ 1111 nr 4430677

Jednostka organizacyjna 537/0/0/43089

OKRES UBEZPIECZENIA

Okres ubezpieczenia: od 2019-07-04 godz. 00:00 do 2019-07-15 godz. 23:59 Liczba dni: 12

OPCJA I FORMA UBEZPIECZENIA

Opcja ubezpieczenia: krótkoterminowe

Forma ubezpieczenia: grupowa

Liczba osób w wieku do 26 lat: 52

Liczba osób w wieku od 26 do 65 lat: 4

Liczba osób w wieku powyżej 65 lat: 0

Liczba osób w I klasie ryzyka: 56

Liczba osób w II klasie ryzyka: 0

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Nazwa: JANINA CHUDZIAN-MIKURDA-KRAKOWSKIE CENTRUM KOREPETYCJI I POMOCY
Adres: UL. STOSZKI 9 / 4 , 30-715 KRAKÓW

REGON: 122450390
Nr telefonu: 508914400

DANE UBEZPIECZONYCH

Osoby ubezpieczone - zgodnie z listą stanowiącą załącznik do niniejszej polisy.

ZAKRES UBEZPIECZENIA

Sumy ubezpieczenia dla każdego Ubezpieczonego

Zakres podstawowy

Trwały uszczerbek na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku

Suma ubezpieczenia

10 000 zł

SKŁADKA OGÓŁEM

Składka płatna: jednorazowo półrocznie kwartalnie

Składka ogółem: 192 zł słownie: sto dziewięćdziesiąt dwa złote, zero groszy

gotówką przelewem karta (TP) karta (TA)

Nr konta Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group: 58124069577008610044306773

Przedstawiciel Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w dniu zawarcia umowy otrzymał kwotę: 192 zł

Składka w wysokości 192 zł płatna do dnia 2019-07-03

OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 9/03/2018 z dnia 6 marca 2018 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu w wersji papierowej. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensy. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w polisie o ubezpieczeniu są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensy Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II.

3. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

4. 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.

5. 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.

6. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 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 produktem ubezpieczeniowym oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Wyrażam zgodę na automatyczną kontynuację umowy w kolejnych okresach ubezpieczenia zgodnie z przepisami prawa o świadczeniach usług ubezpieczeniowych - Compensa NNW II oraz klauzulami

2019-06-25 12:37:40, Kraków
data, miejscowość

Ubezpieczenia
Kamil Pociąg
Nr RP KNF 11316972/P
Kraków, ul. Przewóz 5
Wystawiający: 534 975 265 KAMIL POCIĄG

Podpis Ubezpieczającego

Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
Vienna Insurance Group
Oddział Kraków II
Kraków 30-720 ul. Kuklińskiego 17
tel. +48 (22) 501 60 00, fax. +48 (22) 501 60 01
pieczęć oddziału

Oświadczenia Ubezpieczającego – Oświadczenia niezbędne do zawarcia Umowy

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

Oświadczenia Ubezpieczającego - Dobrowolne

1 **Marketing po zakończeniu Umowy oraz automatyczne podejmowanie decyzji przez Compensa**

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 przedstawiania odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

TAK NIE

2 **Na automatyczne podejmowanie decyzji w ramach marketingu bezpośredniego produktów własnych przez Compensa**

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 przedstawiania odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.

TAK NIE

3 **Na informację handlowo-marketingową drogą elektroniczną**

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

4 **Na informację handlowo-marketingową drogą telekomunikacyjną**

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

5 **Na automatyczne podejmowanie decyzji oraz cross-selling pomiędzy Compensa oraz Compensa Życie**

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 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 przedstawiania odpowiedniej oferty.

TAK NIE

Oświadczenie pośrednika ubezpieczeniowego

Oświadczam, że jestem zainteresowany zawarciem umowy ubezpieczenia z dokumentem Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych.

TAK

Ubezpieczenia
Kamil Pociąg

Nr RP KNF 11316972/P
Kraków, ul. Przewóz 5
tel. 534 975 265

Podpis pośrednika ubezpieczeniowego

data i podpis osoby składającej oświadczenie