

Ankieta medyczna

Nr polisy _____

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

I. UBEZPIEZAJĄCY

Imię i nazwisko / Nazwa _____

Data urodzenia / / / / / PESEL / REGON _____ Płeć

Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) _____

II. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko _____

Data urodzenia / / / / / PESEL _____ Płeć

Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) _____

III. ANKIETA MEDYCZNA Ubezpieczony Ubezpieczający

Prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. W przypadku odpowiedzi „Tak” na którekolwiek z nich, prosimy o podanie bliższych szczegółów w polu „odpowiedzi szczegółowe”, z podaniem numeru pytania, którego dotyczy	TAK	NIE	Odpowiedzi szczegółowe
1. Wzrost, waga, zmiana wagi w ostatnim roku. Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ cm _____ kg kg _____ (+) _____ (-)
2. Ile alkoholu pije Pan/Pani w ciągu miesiąca. Proszę podać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu w litrach:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	piwo _____ l, wino _____ l, alkohol wysokoprocentowy _____ l <input type="checkbox"/> Nie piję
3. Czy pali Pan/Pani lub rzucił/a palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego wniosku? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Rodzaj likwida (dotyczy e-papierosów)? Od kiedy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pale/palitem/am papierosy/fajki/cygara/ e-papierosy _____ sztuk dziennie
4. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: jakie? Jak długo? Kiedy po raz ostatni?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? Pytania szczegółowe: Ile razy? Kiedy? Z jakiego powodu? Rozpoznanie? Prosimy o dołączenie kserokopii kart informacyjnych i wyniku badania histopatologicznego, o ile takie badanie było przeprowadzone.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Czy był/a Pan/i poddany/a badaniom laboratoryjnym krwi i moczu, których wyniki były nieprawidłowe i wymagały dalszej diagnostyki, konsultacji lekarskich w okresie ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku? Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza? Proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub specjalistycznej konsultacji lekarskiej? Kiedy? Z jakiego powodu? Zalecenia lekarza? Proszę dołączyć kopię wyników przeprowadzonych badań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani stosowanie leków przez okres dłuższy niż 14 dni lub obecnie przyjmuje Pan/Pani jakiegokolwiek leki? Pytania szczegółowe: Od kiedy? Jak długo? Z jakiego powodu? Nazwy leków?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani poniższe dolegliwości lub choroby? Pytania szczegółowe: Rodzaj dolegliwości, postawione rozpoznanie choroby, data rozpoczęcia i zakończenia leczenia, stosowane lub planowane leczenie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) choroby nowotworowe (nowotwory łagodne, złośliwe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) bóle w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, kołatanie serca, choroba niedokrwienna serca, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, wada serca, niewydolność krążenia, udar mózgu, choroby lub dolegliwości układu krążenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) przewlekła chrypka lub kaszel, duszność, astma oskrzelowa, przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma, zapalenie płuc, gruźlica, choroby lub dolegliwości układu oddechowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) nawracające bóle brzucha, choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy, choroby wątroby lub pęcherzyka żółciowego, choroby trzustki, choroby jelit, zaburzenia wchłaniania, choroby lub dolegliwości przewodu pokarmowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) zapalenie nerek, kamica układu moczowego, nawracające zakażenia układu moczowego, patologie narządu rodowego u kobiet, patologie sutka, choroby układu moczowego lub płciowego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) podwyższony poziom cukru, cholesterolu lub trójglicerydów, cukrzyca, dna moczanowa, choroby tarczycy, zaburzenia hormonalne lub metaboliczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g) wirusowe zapalenie wątroby, choroby odzwierzęce, choroby zakaźne, w tym przenoszone drogą płciową?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h) zespół nabytego upośledzenia odporności (AIDS), choroby związane z AIDS, dodatni wynik badania w kierunku wirusa HIV lub obecność przeciwciał anti-HIV w badaniach laboratoryjnych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) omdlenia, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, padaczka, niedowład, porażenia, zaburzenia psychiczne, nerwica, depresja, choroby lub dolegliwości układu nerwowego lub psychiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j) dyskopatie, zwyrodnienia, stany zapalne kości lub stawów, choroby lub dolegliwości układu kostnego, stawowego, mięśniowego lub tkanki łącznej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k) choroby oczu, uszu oraz zaburzeń wzroku lub słuchu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l) choroby, schorzenia lub dolegliwości, które nie zostały wymienione powyżej?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku otrzymał/a Pan/Pani zwolnienie lekarskie na okres dłuższy niż 14 dni? Pytania szczegółowe: Kiedy? Na jaki okres? Z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się lub otrzymał/a Pan/Pani rentę chorobową (inwalidzką, świadczenia rehabilitacyjne, zasiłek pielęgnacyjny lub stopień niepełnosprawności)? Pytania szczegółowe: Na jaki okres? Z jakiego powodu? Grupa/stopień niezdolności do pracy lub stopień niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

12. Czy ktoś z najbliższej rodziny (rodzice, rodzeństwo) chorował lub zmarł przed 65 rokiem życia z powodu: nowotworu, chorób serca lub układu krążenia, cukrzycy, zaburzeń psychicznych, chorób wrodzonych lub dziedzicznych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rodz. pokrewieństwa _____ rodz. schorzenia _____ wiek rozpoznania _____ wiek śmierci _____
13. Czy uprawia Pan/Pani zawodowo lub spędza wolny czas uprawiając następujące sporty: sporty motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologia, wspinaczka wysokogórska i skalkowa, zorbing, sporty walki lub udziału w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich? Pytania szczegółowe: Jaki? Od kiedy? Jak często?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Czy w Pana/Pani pracy zawodowej występują następujące czynniki szkodliwe lub niebezpieczne: posługiwanie się bronią palną, materiałami wybuchowymi, praca na wysokości powyżej 5 metrów, praca pod ziemią, nurkowanie, wysokie napięcie, pyły przemysłowe, hałas, wibracje, siły specjalne, lotnictwo. Czy Pana/Pani praca wiąże się z przebywaniem na terytoriach będących w stanie wojny, stanu wojennego, stanu wyjątkowego lub gdzie występują rozruchy, zamieszki, bunt, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	czynniki szkodliwe:
15. Czy posiada Pan/Pani umowy ubezpieczeń zawarte z innymi towarzystwami ubezpieczeń na życie, a jeśli tak to na jakie sumy ubezpieczenia? Czy kiedykolwiek odmówiono Panu/Pani zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, a jeżeli tak to z jakiego powodu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Proszę podać informacje o placówkach medycznych, w których zatrudnieni są lekarze prowadzący, pierwszego kontaktu lub lekarz rodzinny Ubezpieczonego. Nazwa, adres, numer telefonu:

IV. OŚWIADCZENIA

<ul style="list-style-type: none"> Oświadczam, że podane przeze mnie dane, w tym dane dotyczące stanu zdrowia, są kompletne i zgodne z prawdą; jestem świadomy/a, że w razie zatajenia prawdziwych danych lub podania fałszywych informacji, Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, na zasadach określonych w Kodeksie Cywilnym.
<ul style="list-style-type: none"> Oświadczam, że zapoznałem się oraz wszystkie osoby zainteresowane zawarciem Umowy ubezpieczenia z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą. <p style="text-align: right;">UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie 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. <p style="text-align: right;">UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group do Narodowego Funduszu Zdrowia o dane o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości świadczenia lub odszkodowania. <p style="text-align: right;">UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę, aby Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group przetwarzała moje dane osobowe dotyczące stanu zdrowia, podane w niniejszym wniosku oraz zebrane lub udostępnione Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w celu dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania Umowy ubezpieczenia. <p style="text-align: right;">UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>
<ul style="list-style-type: none"> Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia, w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem Umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, oraz na ich przetwarzanie w celu wykonania Umowy ubezpieczenia. <p style="text-align: right;">UBEZPIECZONY UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p>

Data DD - MM - RRRR _____ miejscowość _____ podpis Ubezpieczonego _____ podpis Ubezpieczającego _____



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej; zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych (szczególne kategorie danych osobowych)
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia

danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia. Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o wykonywanym zawodzie. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.