

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

## I. UBEZPIECZAJĄCY

Numer polisy \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko/

Nazwa \_\_\_\_\_

Data urodzenia DD MM RR RR

PESEL/REGON \_\_\_\_\_

Płeć K M

Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) \_\_\_\_\_

## II. UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko/

Nazwa \_\_\_\_\_

Data urodzenia DD MM RR RR

PESEL \_\_\_\_\_

Płeć K M

Zawód wykonywany (proszę podać szczegóły) \_\_\_\_\_

## III. OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA / 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.

|  |                              |                              |   |
|--|------------------------------|------------------------------|---|
| Wzrost, waga, zmiana wagi w ostatnim roku. Czy zmiana była skutkiem diety odchudzającej? | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | _____ cm _____ kg<br>kg _____ (+) _____ (-) |
|--|------------------------------|------------------------------|---|

Zakres pytań dla Oświadczenia o stanie zdrowia: pytania 1 – 7 (w przypadku odpowiedzi „TAK” na pytanie 1 – 5, należy wypełnić Ankieta medyczną)

Zakres pytań dla Ankiety medycznej: pytanie 6 – 19

Oświadczenia o stanie zdrowia

| Pytania   | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | Odpowiedzi szczegółowe |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 1. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku był/a Pan/Pani leczony/a szpitalnie lub operowany/a? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o wpisanie liczby hospitalizacji, dat hospitalizacji oraz załączenie kopii kart leczenia szpitalnego i wyniku badania histopatologicznego, o ile takie badanie było przeprowadzone.   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                        |
| 2. Czy przebywa Pan/Pani aktualnie na zwolnieniu lekarskim lub przebywał/a Pan/Pani na zwolnieniu dłużej niż 21 kolejnych dni w ciągu ostatnich 2 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku? W przypadku odpowiedzi „Tak” prosimy o wpisanie jakie choroby lub dolegliwości były powodem zwolnień, okres przebywania na zwolnieniu, jak długo?   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                        |
| 3. Czy kiedykolwiek ubiegał/a się Pan/Pani lub orzeciono u Pana/Pani niezdolność do pracy lub stopień niepełnosprawności?   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                        |
| 4. Czy w ciągu ostatnich 5 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku zalecono Panu/Pani wykonanie badań diagnostycznych lub specjalistycznej konsultacji lekarskiej?   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                        |
| 5. Czy zasięgał/a Pan/Pani porady lekarskiej lub zdiagnozowano u Pana/Pani którąkolwiek z chorób lub dolegliwości: choroba nowotworowa, białaczka, choroba serca, nadciśnienie tętnicze, dolegliwości ze strony układu krążenia, udar, padaczka, choroba płuc, duszności, stwardnienie rozsiane, choroba żołądka, jelit, wątroby, trzustki, cukrzyca, choroba nerek, niedowład, zaburzenia psychiczne, depresja, nerwica, próba samobójcza, nadużywanie alkoholu, środków odurzających, leków, nosicielstwo wirusa HIV, zespół upośledzenia odporności (AIDS), choroby układu kostnowastwowego, dyskopatia? | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                        |
| 6. 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, bunty, akty przemocy lub istnieje zagrożenie epidemiologiczne?   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | czynniki szkodliwe:    |
| 7. Czy uprawia Pan/Pani zawodowo lub spędza wolny czas uprawiając następujące sporty: motorowe, motorowodne, narty wodne, windsurfing, surfing, kitesurfing, nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, rafting, baloniarstwo, bungee jumping, paralotniarstwo, spadochroniarstwo, szybowictwo, motolotniarstwo, sporty lotnicze, downhill, base jumping, speleologia, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, zorbing, sporty walki lub udziału w wyścigach w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich?           | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     |                        |
| Pytania szczegółowe: Jaki? Od kiedy? Jak często?  |                              |                              |                        |

Ankieta medyczna

|  |                          |                          |  |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 8. Ile alkoholu pije Pan/Pani w ciągu miesiąca. Proszę podać rodzaj i ilość wypijanego alkoholu w litrach:   |                          |                          | piwo _____ l, wino _____ l<br>alk. wysokoprocentowy _____ l<br><input type="checkbox"/> nie piję |
| 9. Czy pali Pan/Pani lub rzucił/a palenie w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed dniem podpisania niniejszego wniosku? Pytania szczegółowe: Rodzaj tytoniu? Rodzaj liquidu (dotyczy e-papierosów)? Od kiedy?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | pałę / paliłem/am papierosy / fajki /<br>cygara / e-papierosy<br>_____ sztuk dziennie            |
| 10. Czy teraz lub w przeszłości przyjmował/a Pan/Pani narkotyki, środki odurzające lub nadużywał/a Pan/Pani alkoholu? Pytania szczegółowe: Jakiego? Jak długo? Kiedy po raz ostatni?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |
| 11. 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"/> |  |
| 12. Czy był/a Pan/Pani 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"/> |  |
| 13. Czy w ciągu ostatnich 10 lat przed dniem podpisania niniejszego wniosku kiedykolwiek wystąpiły u Pana/Pani choroby? Pytania szczegółowe: Rodzaj dolegliwości, postawione rozpoznania chorób, 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 pęcherzyka?  | <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"/> |  |

|   |                              |                              |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
|---|------------------------------|------------------------------|--|---------------------|--|--|------------------|--|--|------------------|--|--|--------------|--|--|
| 16. 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"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
| 17. 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"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
| 18. 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"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie | <table border="1"> <tr> <td>rodz. pokrewieństwa</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>rodz. schorzenia</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>wiek rozpoznania</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>wiek śmierci</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | rodz. pokrewieństwa |  |  | rodz. schorzenia |  |  | wiek rozpoznania |  |  | wiek śmierci |  |  |
| rodz. pokrewieństwa   |                              |                              |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
| rodz. schorzenia  |                              |                              |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
| wiek rozpoznania  |                              |                              |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
| wiek śmierci  |                              |                              |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |
| 19. 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"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |  |                     |  |  |                  |  |  |                  |  |  |              |  |  |

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

#### IV. OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że podane przeze mnie w niniejszym Oświadczeniu o stanie zdrowia/ Ankiecie medycznej dane, w tym dane dotyczące stanu zdrowia i nałogach są kompletne i zgodne z prawdą. Jestem świadomy, 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.
- Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Obowiązek informacyjny Administratora Danych Osobowych”, który został mi przedstawiony jako osobie, której dane dotyczą.\*

**UBZPIECZONY**

TAK  NIE

**UBEZPIECZAJĄCY**

TAK  NIE

\* Zaznaczenie pola „NIE” lub niewypełnienie żadnego z pól wyboru „TAK”, „NIE” uniemożliwi przeprowadzenie oceny ryzyka o akceptację wniosku.

Data DD - MM - RRRR

miejsowość \_\_\_\_\_

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](mailto: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](mailto: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                |
| ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie   | art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej   |
| 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 charakterze wykonywanej pracy. 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 zawieraniem umowy 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.