

IV. OŚWIADCZENIA

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

UBEZPIECZONY
 TAK NIE

DOTYCHCZASOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK NIE

NOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK NIE

• Wyrażam zgodę na przesyłanie mi dokumentów potwierdzających zawarcie Umowy ubezpieczenia, kolejnych wersji Polis, powiadomień, wniosków i oświadczeń, mających związek z zawartą przeze mnie Umową ubezpieczenia, wybierając jako formę kontaktu:

Wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

UBEZPIECZONY
 TAK NIE

NOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK NIE

Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

UBEZPIECZONY
 TAK NIE

NOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK NIE

DEKLARACJA UPRAWNIONEGO W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO^{2/3)}

Oświadczam, że jestem lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy byłem osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne, osobą będącą bliskim współpracownikiem osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne lub członkiem rodziny osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne w rozumieniu Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018 r. (Dz.U. 2018, poz. 723 – tekst jednolity).

NOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK NIE

W przypadku zaznaczenia „TAK” prosimy o wypełnienie części A i B poniżej.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

ŹRÓDŁO POCZĄTKU MAJĄTKU ORAZ ŚRODKÓW NA FINANSOWANIE SKŁADKI

W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” powyżej lub jeśli wysokość składki przekracza równowartość w złotych 1 500 EUR rocznie albo jednorazowo 3 500 EUR.

CZĘŚĆ A

Źródło pochodzenia majątku oraz środków na finansowanie składki:

- wynagrodzenie,
- dochody z prowadzonej działalności gospodarczej,
- oszczędności,
- spadek,
- sprzedaż wartości majątkowych,
- wygrana w grach losowych,
- inne, jakie? _____

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

CZĘŚĆ B

Wymagana, gdy:

1. w części A zaznaczono „dochody z prowadzonej działalności gospodarczej”,
2. uzyskano informacje od Ubezpieczającego, że prowadzi działalność gospodarczą,
3. deklarację wypełnia przedsiębiorca.

Rodzaj prowadzonej przez Klienta działalności gospodarczej _____

OŚWIADCZENIE O STATUSIE FATCA

Niniejszym oświadczam, że podlegam obowiązkowi podatkowemu w Stanach Zjednoczonych*, zgodnie z wewnętrznymi przepisami Stanów Zjednoczonych* (należy zaznaczyć odpowiednie pole symbolem „x”):

UBEZPIECZONY
 TAK** NIE

NOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK** NIE

Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu jako podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

* Podmiotem amerykańskim jest osoba fizyczna, która ma miejsce zamieszkania w Stanach Zjednoczonych, posiada obywatelstwo amerykańskie lub jest rezydentem Stanów Zjednoczonych do celów podatkowych lub podmiot prawny, który ma siedzibę lub miejsce założenia w Stanach Zjednoczonych.

** W przypadku odpowiedzi „TAK” należy wypełnić Oświadczenie o statusie FATCA.

OŚWIADCZENIE O STATUSIE CRS

Niniejszym oświadczam, że posiadam rezydencje podatkowe w innych krajach rezydencji podatkowej* (należy zaznaczyć odpowiednie pole symbolem „x”):

UBEZPIECZONY
 TAK** NIE

NOWY UBEZPIECZAJĄCY
 TAK** NIE

Zobowiązuję się poinformować o zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową Ubezpieczającego / Ubezpieczonego lub powoduje, że informacje zawarte w oświadczeniu stały się nieaktualne oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

* Przez inny kraj rezydencji podatkowej rozumie się:

- a) inne niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej,
- b) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczpospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych,
- c) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych, wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską.

Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b) - c), ogłasza Minister Finansów w drodze obwieszczenia do dnia 15 października każdego roku kalendarzowego.

** W przypadku odpowiedzi „TAK” należy wypełnić Oświadczenie o statusie CRS.

Data DD . MM . RR . RR . RR . RR

miejsce

podpis Ubezpieczonego

podpis dotychczasowego Ubezpieczającego

podpis nowego Ubezpieczającego

2) WYJAŚNIENIE DO DEKLARACJI W SPRAWIE ZAJMOWANIA EKSPONOWANEGO STANOWISKA POLITYCZNEGO

PRZEZ OSOBĘ ZAJMUJĄCĄ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu z dnia 1 marca 2018r. uważa się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wice ministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, i Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybunałów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji

³⁾ Wymagane w przypadku nowego Ubezpieczającego.

międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach, i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

PRZEZ OSOBY ZNANE JAKO BLISCY WSPÓŁPRACOWNICY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne lub utrzymującą z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne.

PRZEZ CZŁONKÓW RODZINY OSOBY ZAJMUJĄCEJ EKSPONOWANE STANOWISKO POLITYCZNE – rozumie się przez to:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą ekspozowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej ekspozowane stanowisko polityczne.

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

Nr polisy _____

OŚWIADCZENIE O STATUSIE FATCA	OŚWIADCZENIE O STATUSIE CRS
Osoba fizyczna, osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą, osoba fizyczna wykonująca wolny zawód oraz osoba fizyczna będąca współnikiem spółki cywilnej	
Oświadczam, że jestem podatnikiem USA*.	
<p>UBEZPIECZONY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>UBEZPIECZAJĄCY <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE</p> <p>Nr TIN: _____ Numer identyfikacji podatkowej w USA (Tax Identification Number – TIN) _____</p> <p>Oświadczenie o statusie FATCA Ubezpieczającego/Ubezpieczonego w jego imieniu może złożyć także przedstawiciel ustawowy lub prawnie umocowany pełnomocnik. Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu Ubezpieczającego/Ubezpieczonego jako podatnika USA w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności do dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.</p> <p>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</p>	<p>Oświadczam, że posiadam następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy USA):</p> <p>UBEZPIECZONY A <input type="checkbox"/> Rzeczpospolita Polska B <input type="checkbox"/> Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA)</p> <p>UBEZPIECZAJĄCY A <input type="checkbox"/> Rzeczpospolita Polska B <input type="checkbox"/> Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA)</p> <p>Kraj rezydencji podatkowej*: _____</p> <p>Numer TIN*: _____ Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN) _____ <input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje nr TIN</p> <p>Oświadczenie o statusie CRS Ubezpieczającego/Ubezpieczonego może złożyć w jego imieniu także przedstawiciel ustawowy lub prawnie umocowany pełnomocnik. Zobowiązuję się poinformować o zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową Ubezpieczającego/Ubezpieczonego lub powoduje, że informacje zawarte w oświadczeniu stały się nieaktualne oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.</p> <p>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</p>

Data DD - MM - RR RR RR RR

Miejscowość _____

Czytelny podpis Ubezpieczonego, Przedstawiciela ustawowego, Pełnomocnika _____

Czytelny podpis Ubezpieczającego, Przedstawiciela ustawowego, Pełnomocnika _____

Klient Instytucjonalny	Osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej
<p>1) Oświadczam, że podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujący status w rozumieniu Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypięnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA: (należy wskazać tylko jedną z poniższych opcji)</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Podatnik USA (będący Szczególną Osobą Amerykańską) B. <input type="checkbox"/> Podatnik USA (niebędący Szczególną Osobą Amerykańską) C. <input type="checkbox"/> Raportująca/Uczestnicząca Instytucja Finansowa (zgodnie z FATCA) D. <input type="checkbox"/> Wyłączona Instytucja Finansowa (niezgodna z FATCA) E. <input type="checkbox"/> Zwolniony Uprawniony Odbiorca (podmiot non profit) F. <input type="checkbox"/> Współpracująca (nieraportująca) Instytucja Finansowa (zwolniona z FATCA) G. <input type="checkbox"/> Podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o aktywnych dochodach H. <input type="checkbox"/> Podmiot niefinansowy z siedzibą poza USA o pasywnych dochodach (po zaznaczeniu przejdź do pkt 2) poniżej)</p> <p>Nr TIN: _____ Numer identyfikacji podatkowej w USA (Tax Identification Number – TIN) _____</p> <p>Nr GIIN: _____</p> <p>2) Oświadczenie o statusie FATCA Beneficjenta rzeczywistego (wypełnić w przypadku zaznaczenia lit. H powyżej) Nazwisko i imię (imiona): _____</p> <p>Adres zamieszkania: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Oświadczam, że jest podatnikiem USA* <input type="checkbox"/> Oświadczam, że nie jest podatnikiem USA*</p> <p>Nr TIN Beneficjenta rzeczywistego: _____ Numer identyfikacji podatkowej w USA (Tax Identification Number – TIN) _____</p> <p>Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie statusu reprezentowanego przeze mnie podmiotu w rozumieniu Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy między Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypięnienia międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz w razie konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.</p> <p>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</p>	<p>1) Oświadczam, że podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujący status w rozumieniu Ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami („CRS”): (należy wskazać tylko jedną z poniższych opcji)</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Instytucja Finansowa B. <input type="checkbox"/> Aktywny NFE – podmiot giełdowy lub powiązany z podmiotem giełdowym C. <input type="checkbox"/> Aktywny NFE – instytucje rządowe (w tym banki centralne i organizacje międzynarodowe) D. <input type="checkbox"/> Aktywny NFE – Inne E. <input type="checkbox"/> Pasywny NFE (po zaznaczeniu przejdź do pkt 2) poniżej)</p> <p>Podmiot przeze mnie reprezentowany posiada następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy USA): A. <input type="checkbox"/> Rzeczpospolita Polska B. <input type="checkbox"/> Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA)</p> <p>Kraj rezydencji podatkowej*: _____</p> <p>Numer TIN*: _____ Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN) _____ <input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje nr TIN</p> <p>2) Oświadczenie o statusie CRS Beneficjenta rzeczywistego (wypełnia się w przypadku zaznaczenia lit. E powyżej): Nazwisko i imię (imiona): _____</p> <p>PESEL _____</p> <p>Data urodzenia: <u>DD</u> - <u>MM</u> - <u>RR</u> <u>RR</u> <u>RR</u> <u>RR</u></p> <p>Miejsce urodzenia: _____</p> <p>Seria i numer dokumentu tożsamości: _____</p> <p>Typ dokumentu tożsamości: _____</p> <p>Adres zamieszkania: _____</p> <p>Oświadczam, że posiada następujące rezydencje podatkowe (nie dotyczy USA): A. <input type="checkbox"/> Rzeczpospolita Polska B. <input type="checkbox"/> Inne kraje rezydencji podatkowej (nie dotyczy USA)</p> <p>Kraj rezydencji podatkowej*: _____</p> <p>Numer TIN*: _____ Numer identyfikacji podatkowej w kraju rezydencji podatkowej (Tax Identification Number – TIN) _____ <input type="checkbox"/> Kraj rezydencji nie nadaje nr TIN</p> <p>Nazwa podmiotu kontrolowanego: _____</p> <p>Zobowiązuję się poinformować o zmianie okoliczności, która ma wpływ na rezydencję podatkową reprezentowanego przeze mnie podmiotu lub Beneficjenta rzeczywistego lub powoduje, że informacje zawarte w oświadczeniu stały się nieaktualne oraz złożyć odpowiednio zaktualizowane oświadczenie w terminie 30 dni od dnia, w którym nastąpiła zmiana okoliczności.</p> <p>Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.</p>

Data DD - MM - RR RR RR RR

Miejscowość _____

Pieczętka imienna, czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Ubezpieczającego _____

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

Nr polisy _____

Nowy Ubezpieczający / Nazwa firmy _____

Ja niżej podpisany _____ PESEL _____ oświadczam, że Beneficjentem

Rzeczywistym w związku z transakcją wynikającą ze złożenia w dniu D, D, - M, M, - R, R, R, R, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia/zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia²⁾ jestem ja/jest²⁾:

1. _____

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego _____ Obywatelstwo _____

PESEL _____ Data urodzenia³⁾ D, D, - M, M, - R, R, R, R, Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

2. _____

Nazwisko i imię Beneficjenta Rzeczywistego _____ Obywatelstwo _____

PESEL _____ Data urodzenia³⁾ D, D, - M, M, - R, R, R, R, Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości _____ Seria i numer dokumentu tożsamości _____

Adres zamieszkania

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Kraj _____

OŚWIADCZENIE

Jednocześnie oświadczam, że jest mi znany obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przekazaniu jego danych Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa, w celu identyfikacji, a także obowiązek poinformowania Beneficjenta Rzeczywistego o przysługującym mu prawie dostępu do treści jego danych i ich poprawiania. Jednocześnie oświadczam, że ww. obowiązki wykonałem.

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R, _____
miejscowość _____

_____ podpis osoby składającej oświadczenie

¹⁾ Beneficjent Rzeczywisty oznacza:

osobę fizyczną lub osoby fizyczne sprawujące bezpośrednio lub pośrednio kontrolę nad klientem poprzez posiadane uprawnienia, które wynikają z okoliczności prawnych lub faktycznych, umożliwiające wywieranie decydującego wpływu na czynności lub działania podejmowane przez klienta, lub osobę fizyczną lub osoby fizyczne, w imieniu których są nawiązywane stosunki gospodarcze lub przeprowadzana jest transakcja okazjonalna, w tym:

a) w przypadku klienta będącego osobą prawną inną niż spółka, której papiery wartościowe są dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym podlegającym wymogom ujawniania informacji wynikającym z przepisów prawa Unii Europejskiej lub odpowiadającym im przepisom prawa państwa trzeciego: – osobę fizyczną będącą udziałowcem lub akcjonariuszem klienta, której przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji tej osoby prawnej, – osobę fizyczną dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie stanowiącym klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu, – osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad osobą prawną lub osobami prawnymi, którym łącznie przysługuje prawo własności więcej niż 25% ogólnej liczby udziałów lub akcji klienta, lub łącznie dysponującą więcej niż 25% ogólnej liczby głosów w organie klienta, także jako zastawnik albo użytkownik, lub na podstawie porozumień z innymi uprawnionymi do głosu, – osobę fizyczną sprawującą kontrolę nad klientem poprzez posiadanie w stosunku do tej osoby prawnej uprawnień, o których mowa w art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości

(Dz. U. z 2018 r. poz. 395, 398 i 650), lub – osobę fizyczną zajmującą wyższe stanowisko kierownicze w przypadku udokumentowanego braku możliwości ustalenia lub wątpliwości co do tożsamości osób fizycznych określonych w tiret pierwszym, drugim, trzecim i czwartym oraz w przypadku nieświerdzenia podejrzeń prania pieniędzy lub finansowania terroryzmu,

b) w przypadku klienta będącego trustem:

- założyciela,
- powiernika,
- nadzorcę, jeżeli został ustanowiony,
- beneficjenta,
- inną osobę sprawującą kontrolę nad trustem,

c) w przypadku klienta będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, wobec którego nie stwierdzono przesłanek lub okoliczności mogących wskazywać na fakt sprawowania kontroli nad nim przez inną osobę fizyczną lub osoby fizyczne, przyjmuje się, że taki klient jest jednocześnie beneficjentem rzeczywistym.

²⁾ Niepotrzebne skreślić.

³⁾ W przypadku wpisania daty urodzenia konieczne jest uzupełnienie pola „Państwo urodzenia”.

⁴⁾ Wymagane w przypadku nowego 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
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.