

**Formularz Aktualizacji danych / Zgoda na elektroniczną korespondencję**

Nr polisy\* \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

**I.  UBEZPIECZAJĄCY /  UBEZPIECZONY (dotychczasowe dane)**

Nazwisko i imię \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

**II. ADRES ZAMELDOWANIA (prosimy o podanie aktualnego adresu zameldowania)**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Poczta \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

**III. ADRES KORESPONDENCYJNY (prosimy o podanie aktualnego adresu do korespondencji)**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_

Poczta \_\_\_\_\_ Województwo \_\_\_\_\_

**IV. INNE DANE (prosimy o podanie aktualnych danych)**

Telefon komórkowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**W przypadku zmiany nazwiska lub dokumentu tożsamości, prosimy o załączenie kopii dokumentów potwierdzających dokonanie zmiany.**

Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_

Seria i Nr dowodu tożsamości \_\_\_\_\_

**V. ELEKTRONICZNA KORESPONDENCJA (prosimy zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie pole)**

Wyrażam zgodę  Nie wyrażam zgody

na przesyłanie mi powiadomień, wniosków i oświadczeń mających związek z zawartymi przeze mnie Umowami ubezpieczenia środkami komunikacji elektronicznej na adres e-mail oraz numer telefonu podany w niniejszym formularzu.

**VI. INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH**

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

1. Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana/Panią danych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
2. Pana/Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom prawa polskiego powiązanych z Towarzystwem lub z którymi Towarzystwo współpracuje w ramach prowadzenia działalności ubezpieczeniowej, o ile wyraził/a Pan/Pani na to zgodę.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
5. Pana/Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
6. Poinformowano Pana/Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.

**\* Złożone oświadczenia oraz dane zmienione na podstawie niniejszego formularza będą mieć zastosowanie do wymienionych Umów zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group.**

Data   /  /     /  /  /  /  /  

\_\_\_\_\_ miejscowość

\_\_\_\_\_ Podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego (zgodny ze wzorem na wniosku o zawarcie Umowy / Deklaracji przystąpienia do Umowy)

\_\_\_\_\_ Aktualny czytelny podpis Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

Powyższy podpis będzie stanowił wzór podpisu, niezbędny do dokonywania wszelkich czynności w trakcie trwania Okresu Ubezpieczenia.