

E-deklaracja – instrukcja wypełnienia dla pracowników LEMONMIND Sp. z o.o.

Link do deklaracji

<https://www.naszacompensa.pl/ProposalHealthDeclarationExternal.aspx?org=ADMO&var=F2821226C58246F2854249C2DE5F4547>

ZAPOZNANIE SIĘ Z DOKUMENTACJĄ OWU I OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Zaloguj się

Program grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla Pracowników LEMONMIND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ oraz członków ich rodzin

Pod poniższymi linkami znajdują się ważne informacje dotyczące umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
do której zamierza Pan/Pani przystąpić – prosimy o zapoznanie się z ich treścią.

[OWU Multizdrowie Grupowe rodo.pdf](#)

[Klauzula RODO.pdf](#) Treść klauzuli informacyjnej

Potwierdzenie zapoznania się z dokumentami jest obowiązkowe:

Zapoznałem/am się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia ☒

Zapoznałem/am się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych” ☒

Na kolejnych ekranach ma Pan / Pani możliwość wypełnienia deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia - serdecznie zapraszamy!

☒ Zapoznałem się i wyrażam zgodę

Przejsście do kolejnego okna wymaga potwierdzenia, że zapoznałeś/eś się z dokumentami:

- OWU
 - Obowiązek Informacyjny ADO
- Należy zaznaczyć oba dokumenty, oraz kliknąć „**Zapoznałem się i wyrażam zgodę**”

POTWIERDZENIE WARIANTU

Proszę wybrać ofertę

Oferta

Wariant ZŁOTY, p. indywidualny: 77,00 zł, p. partnerski: 169,00 zł, p. rodzinny: 254,00 zł ▼

Wybierz

Wybór wariantu oznacza zapoznanie się i akceptację warunków z dokumentów:

Dokumenty

Kliknij „Wybierz” potwierdzając wariant ubezpieczenia

WYPEŁNIENIE DEKLARACJI DANYMI OSOBOWYMI

Formularz deklaracji przystąpienia kandydata

NR POLISY / WNIOSKU:

DANE UBEZPIECZONEGO

Imię: Drugie imię: Nazwisko: PESEL/Data urodzenia:

Data zatrudnienia: E-mail: Obywatelstwo: Płeć:

Seria i nr dokumentu tożsamości:

Adres zamieszkania

Rodzaj ulicy: Ulica: Nr domu: Nr lokalu:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Telefon komórkowy: Stanowisko:

Pakiet

☐ Indywidualny ☒ Partnerski ☐ Rodzinny

Wariant ubezpieczenia ☒ Srebrny

Klauzule dodatkowe: ☒ Assistance

Członkowie rodziny pracownika przystępujący do ubezpieczenia

Nazwisko	Imię	Drugie imię	PESEL/Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Płeć	Telefon komórkowy	Email

Data początku odpowiedzialności:

SKŁADKA

Składka miesięczna:

O ŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO ZAWARCIA UBEZPIECZENIA

• Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia Compensa MULTI Zdrowie na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Compensa Multi Zdrowie zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group nr nr 1/09/2021 z dnia 6.09.2021. Oświadczam, że wyżej wymienione warunki ubezpieczenia zostały mi doręczone przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do ww. ubezpieczenia i zapoznałem/am się z ich treścią i ją akceptuję.

UBEZPIECZONY 1 UBEZPIECZONY 2

☒ Tak ☐ Nie ☒ Tak ☐ Nie

• Wyrażam zgodę na występowanie przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń 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 zawartą umową ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych; powyższą zgodą obejmuje zgodę na udostępnienie przez wymienione powyżej podmioty dokumentacji medycznej.

Wpisz swoje dane osobowe

Wybierz interesujący Cię pakiet:
indywidualny, partnerski lub rodzinny

Wpisz dane członków rodziny (jeśli wybrałeś pakiet inny niż indywidualny). Dla niepełnoletniego dziecka nie jest wymagany adres mailowy. Pełnoletniemu członkowi rodziny na podany adres mailowy zostanie przesłany login i tymczasowe hasło, następnie na wskazany nr telefonu otrzyma KOD. **Po złożeniu deklaracji przez pracownika, prosimy aby członek rodziny zalogował się na portal Nasza Compensa i dokończył rejestrację swojego konta.**

Zaznacz „TAK” – zgody te są niezbędne do zawarcia ubezpieczenia.

WYPEŁNIANIE DEKLARACJI - ZGODY

OŚWIADCZENIA MARKETINGOWE

• Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, 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 przedstawienia odpowiedniej oferty, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia.

UBEZPIECZONY 1 UBEZPIECZONY 2

☒ Tak ☐ Nie

☒ Tak ☐ Nie

• 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, płeć, 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 przedstawienia odpowiedniej oferty, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

UBEZPIECZONY 1 UBEZPIECZONY 2

☒ Tak ☐ Nie

☒ Tak ☐ Nie

• 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)

UBEZPIECZONY 1 UBEZPIECZONY 2

☒ Tak ☐ Nie

☒ Tak ☐ Nie

• 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)

UBEZPIECZONY 1 UBEZPIECZONY 2

☒ Tak ☐ Nie

☒ Tak ☐ Nie

• Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe takie jak: imiona, nazwisko, dane kontaktowe, dane o miejscu zamieszkania, płeć, 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 przedstawienia odpowiedniej oferty.

UBEZPIECZONY 1 UBEZPIECZONY 2

☒ Tak ☐ Nie

☒ Tak ☐ Nie

Zapisz Zatwierdź i drukuj Anuluj

Zaznacz oświadczenia marketingowe „TAK” lub „NIE”.

„Zapisz”, a następnie „Zatwierdź”

LOGOWANIE DO KONTA UBEZPIECZONEGO

Deklaracja została zapisana pomyślnie.

W celu dokończenia procesu przystąpienia do umowy ubezpieczenia **ZALOGUJ SIĘ I POTWIERDŹ SWOJE DANE** razem z członkami rodziny przy użyciu kodów, które otrzymaliście w wiadomościach sms.

Prosimy zapisać sobie poniższe dane do pierwszego logowania:

Login pracownika: re
Hasło pracownika: IPL

Dziękujemy za skorzystanie z naszych usług.

Zaloguj się na swoje konto, aby dokończyć proces zatwierdzenia deklaracji.

Dane do pierwszego logowania:
login i tymczasowe hasło (otrzymasz je również na wskazany adres @)

PIERWSZE LOGOWANIE

naszaCompensa

portal dla Klientów
Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group

COMPENSA 
VIENNA INSURANCE GROUP

Zaloguj się

Nasza wygoda



Obsługa ubezpieczeń grupowych nie była jeszcze nigdy tak wygodna i komfortowa jak teraz.

Nasze ubezpieczenia



Teraz z każdego miejsca na świecie możesz obsługiwać ubezpieczenia grupowe pracowników Twojej firmy.

Nasza Compensa



Zapraszamy na nasz wspólny portal – **nasza Compensa**.

Login:
Hasło:



Akceptuję regulaminy.

ZALOGUJ!

Zmień hasło

Wpisz swój login i hasło tymczasowe (wygenerowane w poprzednim oknie). Następnie zaakceptuj regulamin i kliknij „**ZALOGUJ**”.

ZMIANA HASŁA

naszaCompensa

portal dla Klientów
Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group

COMPENSA 
VIENNA INSURANCE GROUP

Zaloguj się

Zmiana hasła konta

Jeżeli widzisz ten ekran, oznacza to, że albo logujesz się po raz pierwszy, albo Twoje hasło zostało zmienione przez administratora. Wprowadź swoje nowe hasło.

Nowe hasło:



Powtórz nowe hasło:

Zmień

System poprosi o zmianę hasła z tymczasowego na docelowe, po wpisaniu nowego hasła kliknij „ZMIEŃ”.

LOGOWANIE DO KONTA UBEZPIECZONEGO

naszaCompensa

portal dla Klientów
Compensa TU na Zycie S.A. Vienna Insurance Group
Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group

COMPENSA 
VIENNA INSURANCE GROUP

Zaloguj się

Hasło zostało pomyślnie zmienione. Proszę się zalogować przy użyciu nowego hasła.
[Przejdźcie do logowania.](#)

Przejdź do ponownego logowania korzystając z dotychczasowego loginu i nowego hasła.

TWOJE KONTO

naszaCompensa

portal dla Klientów

Compensa TU na Życie S.A. Vienna Insurance Group
Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group

COMPENSA 
VIENNA INSURANCE GROUP

COMPENSA 
VIENNA INSURANCE GROUP

Zaloguj się

Program grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla Pracowników LEMONMIND SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ oraz członków ich rodzin

Pod poniższymi linkami znajdują się ważne informacje dotyczące umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego,
do której zamierza Pan/Pani przystąpić – prosimy o zapoznanie się z ich treścią.

[OWU Multizdrowie Grupowe rodo.pdf](#)

[Klauzula RODO.pdf](#) Treść klauzuli informacyjnej

Potwierdzenie zapoznania się z dokumentami jest obowiązkowe:

Zapoznałem/am się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia ☒

Zapoznałem/am się z treścią dokumentu „Obowiązek Informacyjny Administratora Danych Osobowych” ☒

Na kolejnych ekranach ma Pan / Pani możliwość wypełnienia deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia - serdecznie zapraszamy!

☒ Zapoznałem się i wyrażam zgodę

Przejdźcie dalej
wymaga **ponownego**
potwierdzenia,
że zapoznałaś/eś się
z dokumentami.

TWOJE KONTO

[Moje deklaracje](#) [Dokumenty](#) [Kontakt](#) [Zmiana hasła](#) [Wyloguj](#)

Jesteś tutaj: Strona główna > Moje deklaracje

Zalogowany jako: n

POTWIERDŹ SWOJE DANE

Potwierdzam, iż wszelkie informacje i oświadczenia dotyczące objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową złożone w deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie oraz innych załączonych dokumentach – jeśli dotyczy, w szczególności dotyczące stanu zdrowia oraz pozyskiwania dokumentacji niezbędnej do realizacji umowy ubezpieczenia, są zgodne z moją wolą i wiedzą oraz potwierdzam, iż zostały one złożone w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową przez Compensa TU S.A. Vienna Insurance Group w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie. Jednocześnie potwierdzam, że w celu objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową wszelkie czynności dystrybucyjne przeprowadzone zostały poprzez kontakt telefoniczny oraz elektroniczny przy wykorzystaniu platformy internetowej Nasza Compensa oraz mojego adresu elektronicznego wskazanego przeze mnie w deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Compensa Multi Zdrowie. Powyższe czynności odbyły się za moją zgodą, co potwierdzam niniejszym oświadczeniem. Potwierdzam również, że zostałem poinformowany, iż do objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową w formie zawarcia umowy na odległość, a także o przysługujących mi prawach konsumenta, w tym o prawie i terminie do odstąpienia.

Proszę wpisać otrzymany kod

(jeśli konto zostało założone przez operatora to proszę wcisnąć przycisk wyślij kod ponownie)

Potwierdź kod

Wyślij kod ponownie

Nazwa zakładu:

REGON:

Adres:

NIP:

Nr	Status	Produkt	Imię	Nazwisko	Typ	Data początku odpowiedzialności	Składka miesięczna	Seniorska	Zmień ofertę	Szczegóły	Zatwierdź	Wydruk
3122	1 Nowa deklaracja	Compensa Multi Zdrowie (285)			n Pracownik	2022-09-01	102,00	☐	⇌	✎	✓	🖨

📄 Utwórz deklarację zdrowotną

Wpisz **KOD**, który otrzymałaś/eś w SMS i „Potwierdź”.

Jeżeli kod stracił ważność kliknij „Wyślij kod ponownie”

ZATWIERDZENIE DEKLARACJI

[Moje deklaracje](#) [Dokumenty](#) [Kontakt](#) [Zmiana hasła](#) [Wyloguj](#)

Jesteś tutaj: [Strona główna](#) > [Moje deklaracje](#) Zalogowany jako: n

Twoje dane zostały potwierdzone przez kod sms w dniu 08-07-2022.

W celu zakończenia procesu zgłoszenia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, prosimy o zatwierdzenie deklaracji.

Nazwa zakładu: NIP:

REGON:

Adres:

Nr	Status	Produkt	Imię	Nazwisko	Typ	Data początku odpowiedzialności	Składka miesięczna	Seniorska	Zmień ofertę	Szczegóły	Zatwierdź	Wydruk
312	Nowa deklaracja	Compensa Multi Zdrowie (285)	-	-	Pracownik	2022-09-01	102,00	☐				

 [Utwórz deklarację zdrowotną](#)

To już ostatni krok –
„Zatwierdź” złożenie deklaracji.

Dziękujemy!

Zakończyłaś/eś proces rejestracji swojej deklaracji przystąpienia do programu prywatnej opieki medycznej.

Pamiętaj, jeśli zgłosiłeś do ubezpieczenia pełnoletnich członków rodziny, oni również muszą przejść proces rejestracji poprzez zalogowanie się w portalu Nasza Compensa. Login i hasło zostały wysłane na wskazany adres mailowy Ubezpieczonego.