



**BIERUŃ**  
CI PRZAJE

ZK.0003.2.2020

Bieruń, dnia 22 grudnia 2020 r.

---

Pan  
**DAMIAN GERYCKI**  
Radny  
RADY MIEJSKIEJ W BIERUNIU

Odpowiadając na Pana Zapytanie Radnego z dnia 19 listopada 2020 r. przekazuję wnioskowane dane w formie zestawień dotyczące finansowania ochotniczych straży pożarnych w Bieruniu oraz informację dotyczącą zakresu ubezpieczenia druhów OSP.

Ad. 1 – w załączniku Nr 1 – zakupy sprzętu

Ad. 2 – w załączniku Nr 2 – wydatki na ochotnicze straże pożarne wg paragrafów finansowych

Ad. 3 – w załączniku Nr 3 – wydatki na ochotnicze straże pożarne wg jednostek

Ad. 4 – kserokopia polis ubezpieczeniowych druhów OSP.

**z up. BURMISTRZA MIASTA**

**NACZELNIK WYDZIAŁU  
BEZPIECZEŃSTWA I ZARZĄDZANIA KRYZYSOWEGO  
URZĘDU MIEJSKIEGO W BIERUNIU**

**Waldemar PRIETZ**  
*(dokument podpisano elektronicznie)*

**Wyk. 1 egz.**

Przesłano pocztą elektroniczną na adres  
**damian.gerycki@rm.bierun.pl**

**Załącznik 4 jak w piśmie**

---

Urząd Miejski w Bieruniu  
43-150 Bieruń, ul. Rynek 14  
www.bierun.pl

tel. + 48 32 708 09 10  
fax: +48 32 216 47 77  
e-mail: [urząd@um.bierun.pl](mailto:urząd@um.bierun.pl)

## Zestawienie Nr 1

POZYCJA BUDŻETOWA	WYKONANIE ROK 2019			WYKONANIE ROK 2020			PLAN NA ROK 2021
	JEDNOSTKA OSP			JEDNOSTKA OSP			ŁĄCZNIE WSZYSTKIE JEDNOSTKI OSP
	Bieruń Stary	Bieruń Nowy	Czarnuchowice	Bieruń Nowy	Czarnuchowice	Bieruń Stary	
754-75412-4210	6.907,16	10.132,80	15.407,52	1.935,99	1.179,00	1.006,34	16.000,00
754-75412-4210 (Budżet Obywatelski)	66.351,50	11.987,50	21.156,00	11.662,93	0,00	0,00	-
754-75412-6060	500,00	550,00	25.240,00	-	-	-	-
754-75412-6060 (Budżet Obywatelski)	0,00	41.205,00	0,00	-	-	-	-
754-75412-6230	0,00	650.000,00	0,00	-	-	-	-
							Zakupy sprzętu w 2021 r. realizowane będą w oparciu o uzasadnione potrzeby i normy należ- ności z uwzględnieniem obowiązujących przepi- sów.

## Zestawienie Nr 2

<b>POZYCJA BUDŻETOWA</b>	<b>OPIS POZYCJI</b>	<b>WYKONANIE ROK 2019</b>	<b>WYKONANIE ROK 2020</b>	<b>PLAN NA ROK 2021</b>
754-75412-2820	Dotacje dla OSP	14.000,00	14.600,00	0,00
754-75412-3020	Równoważnik 1/175	55.655,00	43.725,00	49.000,00
754-75412-3030	Rekompensata za utracony zarobek	0,00	0,00	300,00
754-75412-4110	Składki na ubezpieczeń społecznych	1.237,68	1.248,00	1.500,00
754-75412-4120	Składki na fundusz pracy	176,40	176,40	300,00
754-75412-4170	Umowy - konserwatorzy	32.400,00	43.200,00	43.200,00
754-75412-4210	Zakup materiałów i wyposażenia	80.639,08	38.668,38	48.000,00
754-75412-4210	Budżet Obywatelski	99.495,00	11.662,93	0,00
754-75412-4260	Zakup energii (prąd, woda, gaz)	58.383,45	48.463,23	54.000,00
754-75412-4270	Zakup usług remontowych	47.080,83	32.143,00	28.000,00
754-75412-4280	Zakup usług zdrowotnych	3.620,00	5.042,00	6.000,00
754-75412-4300	Zakup usług pozostałych	14.155,71	13.551,55	27.000,00
754-75412-4360	Usługi telekomunikacyjne	1.291,11	916,19	1.200,00
754-75412-4430	Różne opłaty i składki	43.640,50	44.976,00	49.000,00
754-75412-4520	Opłaty na rzecz JST	4.263,00	4.740,00	800,00
754-75412-4700	Szkolenia	4.060,00	3.950,00	2.000,00
754-75412-6060	Inwestycje	26.290,00	0,00	0,00
754-75412-6060	Budżet Obywatelski	41.205,00	0,00	0,00
754-75412-6230	Inwestycje	650.000,00	0,00	0,00

## Zestawienie Nr 3

POZYCJA BUDŻETOWA	ROK 2019			ROK 2020			ROK 2021
	JEDNOSTKA OSP			JEDNOSTKA OSP			ŁĄCZNIE WSZYSTKIE
	Bieruń Stary	Bieruń Nowy	Czarnuchowice	Bieruń Nowy	Czarnuchowice	Bieruń Stary	JEDNOSTKI OSP
754-75412-2820	14.000,00	0,00	0,00	5.000,00	0,00	9.600,00	0,00
754-75412-3020	20.749,50	20.629,50	14.276,00	21.732,00	7.597,50	14.395,50	49.000,00
754-75412-3030	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	300,00
754-75412-4110	1.237,68	0,00	0,00	0,00	0,00	1.248,00	1.500,00
754-75412-4120	176,40	0,00	0,00	0,00	0,00	176,40	300,00
754-75412-4170	14.400,00	3.600,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00	14.400,00	43.200,00
754-75412-4210	20.757,75	26.801,48	33.079,85	16.268,47	8.923,55	13.476,36	48.000,00
754-75412-4210 (Budżet Obywatelski)	66.351,50	11.987,50	21.156,00	11.662,93	0,00	0,00	0,00
754-75412-4260	14.306,71	21.133,50	22.943,24	15.351,73	20.691,26	12.420,24	54.000,00
754-75412-4270	15.058,38	22.317,25	9.705,20	13.898,27	6.376,78	11.867,95	28.000,00
754-75412-4280	1.500,00	1.330,00	790,00	1.824,90	411,70	2.805,40	6.000,00
754-75412-4300	3.134,34	7.436,93	3.584,44	5.241,77	4.673,62	3.636,16	27.000,00
754-75412-4360	429,96	431,19	429,96	305,55	305,32	305,32	1.200,00
754-75412-4430	11.800,00	18.837,50	13.003,00	20.005,00	13.346,00	11.625,00	49.000,00
754-75412-4520	1.440,00	1.583,00	1.240,00	1.580,00	1.530,00	1.630,00	800,00
754-75412-4700	50,00	1.620,00	2.390,00	0,00	3.950,00	0,00	2.000,00
754-75412-6060	500,00	550,00	25.240,00	0,00	0,00	0,00	0,00
754-75412-6060 (Budżet Obywatelski)	0,00	41.205,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
754-75412-6230	0,00	650.000,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Oryginał/Kopia

**UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW  
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

**POLISA typ 1111 nr 007349**

Jednostka organizacyjna 505/000/00000/77544

Broker: Carbo Asegura SA nr 61498

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

Od 03.04.2020 godz. 00.00 do 02.04.2021 godz. 24.00

**2. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Gmina Bieruń  
ul. Rynek 14  
43-150 Bieruń  
REGON: 276258285

☐ os. fiz. ☒ os. prawna ☐ jedn. Org. nie posiadaj. os. prawnej

**3. DANE UBEZPIECZONEGO**

☒ wg. Załącznika

☐ forma bezimienna

I.p.	Imię i nazwisko	Liczba osób	Składka ogółem
1	Członkowie OSP	79	2.370,00 zł

**4. ZAKRES UBEZPIECZENIA**

Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia
Jednorazowe odszkodowanie z tytułu śmierci ubezpieczonego, spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem podczas akcji i ćwiczeń	Maksymalna kwota jednorazowego odszkodowania ustalona na podstawie przepisów ustawy z dnia 27 lutego 2003r. o zmianie ustawy o ochronie przeciwpożarowej (Dz. U. nr 52, poz. 452) oraz ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz.U. nr 199, poz. 1673 z późn. zm.), przysługującego na podstawie ww. przepisów danemu uprawnionemu.
Jednorazowe odszkodowanie w razie doznania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem podczas akcji i ćwiczeń	20 % przeciętnego wynagrodzenia za 1% uszczerbku na zdrowiu (na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199 poz. 1673 z późn. zm.))
Jednorazowe odszkodowanie z tytułu całkowitej niezdolności do pracy oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji, wskutek nieszczęśliwego wypadku podczas akcji i ćwiczeń	3,5 – krotność przeciętnego wynagrodzenia (na podstawie przepisów ustawy z dnia 30 października 2002r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. Nr 199 poz. 1673 z późn. zm.))

**5. SKŁADKA OGÓŁEM**

Składka ogółem 2.370,00 zł, słownie: dwa tysiące trzysta siedemdziesiąt złotych 00/100  
Składka płatna jednorazowo przelewem do dnia 26.04.2020 r.

Nr konta COMPENSA TU S.A. VIENNA INSURANCE GROUP 26 1240 4227 1111 0000 4846 0448

**6. POSTANOWIENIA DODATKOWE**

Klauzula płatności składki lub rat składki

Klauzula warunków i taryf

Pozostałe zapisy zgodnie z umową generalną ZP.272.4.2.2020

**7. UWAGI**

Do niniejszej umowy ubezpieczenie zastosowanie mają: Umowa generalna ZP.272.4.2.2020 oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (1111), zatwierdzone Uchwałą Zarządu nr 9/03/2018 z dnia 06.03.2018 r., których odbiór przez zawarcie umowy potwierdzam.

Integralną częścią umowy ubezpieczenia stanowią załączniki:

☒ Klauzula nr 15

☒ Załącznik nr 1 - wykaz Ubezpieczonych.

Klauzula płatności składki lub rat składki





Klauzula warunków i taryf  
Pozostałe zapisy zgodnie z SIWZ ZP.271.9.24.1.2020

## 8. OŚWIADCZENIA

1. Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group Uchwałą nr 9/03/2018 z dnia 6 marca 2018 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu w wersji papierowej. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensa. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w polisie o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II.

3. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

4. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.

5. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 ust. 1 lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Katowice, 31.03.2020 r.

pieczęć i podpis przedstawiciela Compensa

BURMISTRZ MIASTA

KRYSTIAN PRZESIOCA  
podpis Ubezpieczającego

## OŚWIADCZENIE WOLI W SPRAWIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Udzielona zgoda będzie ważna aż do wyraźnego odwołania. Przysługuje Pani/Panu prawo do odwołania w każdym czasie każdej z poniższych zgód poprzez skierowanie oświadczenia: na adres e-mail: korespondencja@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu po numerem: +48 22 501 61 00 lub pisemnie na adres korespondencyjny: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa (Compensa)

### 1) Zgoda na świadczenie usług drogą elektroniczną w celach marketingowych

Zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na przesłanie na wskazany przeze mnie we wniosku / wnioskopolisie adres e-mail lub nr telefonu informacji handlowej przez Compensa

☐ TAK ☐ NIE

### 2) Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących

Zgodnie z art. 172 ust. 1 Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu tejże ustawy dla celów marketingu bezpośredniego przez Compensa

☐ TAK ☐ NIE

BURMISTRZ MIASTA

SKARBNIK MIASTA

KRYSTIAN PRZESIOCA  
Data i Podpis osoby składającej oświadczenie

## INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH

Zgodnie z art. 24.1 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 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 z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
3. Przysługuje Panu /Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
4. Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych w niniejszym wniosku zgód.
5. Pana /Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.

Poinformowano Pana / Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.



Oryginał/Kopia

**UBEZPIECZENIE NASTĘPSTW  
NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW**

**POLISA Typ 1111 nr 007348**

Jednostka organizacyjna 505/000/00000/77544  
Broker: Carbo Asegura SA nr 61498

**1. OKRES UBEZPIECZENIA**

Od 03.04.2020 godz. 00.00 do 02.04.2021 godz. 24.00

**2. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO**

Gmina Bieruń  
ul. Rynek 14  
43-150 Bieruń  
REGON: 276258285

☐ os. fiz. ☒ os. prawna ☐ jedn. Org. nie posiadaj. os. prawnej

**3. DANE UBEZPIECZONEGO**

☐ wg. Załącznika

☒ forma bezimienna

I.p.	Imię i nazwisko	Liczba osób	Składka ogółem
1	Członkowie Ochotniczych Straży Pożarnych oraz Młodzieżowych Drużyn Pożarniczych	6 jednostek	1.800,00 zł

**4. ZAKRES UBEZPIECZENIA**

trwały uszczerbek na zdrowiu – do 100% sumy ubezpieczenia,  
wysokość świadczenia odpowiada orzeczonemu procentowi stałego uszczerbku na zdrowiu w odniesieniu do sumy ubezpieczenia, 1% uszczerbku – 1% SU  
śmierć w następstwie NNW albo zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową – 100% sumy ubezpieczenia,  
koszty nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych – 15% sumy ubezpieczenia,  
koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów – 20 % sumy ubezpieczenia,  
koszty leczenia – 10 % sumy ubezpieczenia,  
oparzenia i odmrożenia 20 %,  
jednorazowe świadczenie szpitalne – 5% sumy ubezpieczenia,  
zakres pełny, całodobowy z rozszerzeniem o ryzyko zawału serca i wylewu,  
zakres pełny, z rozszerzeniem o ryzyko zawału serca i wylewu, podczas czynnego udziału w akcji ratowniczej lub ćwiczeń (przez ćwiczenia rozumie się również zawody) pożarniczych bądź w drodze z domu do tej akcji lub na ćwiczenia, albo w drodze powrotnej do domu z akcji ratowniczej lub ćwiczeń,  
Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w stanie nietrzeźwości lub po spożyciu alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających.  
Zakres terytorialny RP

**5. SUMA UBEZPIECZENIA**

30 000,00 zł na osobę dla 3 jednostek OSP i 3 jednostek MDP

**6. SKŁADKA OGÓŁEM**

Składka ogółem 1.800,00 zł słownie: jeden tysiąc osiemset 00/100 złotych  
Składka płatna jednorazowo przelewem do dnia 26.04.2020 r.

Nr konta COMPENSA TU S.A. VIENNA INSURANCE GROUP 26 1240 4227 1111 0000 4846 0448

**7. UWAGI**

Do niniejszej umowy ubezpieczenie zastosowanie mają: Umowa generalna ZP.272.4.2.2020 oraz Ogólne Warunki Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków (1111), zatwierdzone Uchwałą Zarządu nr 9/03/2018 z dnia 06.03.2018 r., których odbiór przez zawarcie umowy potwierdzam.

Integralną częścią umowy ubezpieczenia stanowią załączniki:

☒ Klauzula nr 15

Klauzula płatności składki lub rat składki

Klauzula warunków i taryf

Pozostałe zapisy zgodnie z SIWZ ZP.271.9.24.1.2020

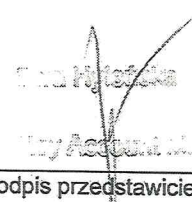




## 8. OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż przed podpisaniem polisy otrzymałem(am) tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II zatwierdzonych Uchwałą Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group Uchwała nr 9/03/2018 z dnia 6 marca 2018 roku wraz z ustandaryzowanym dokumentem produktu w wersji papierowej. Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję treść ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II oraz, że zapoznałem(am) się z treścią pełnomocnictwa Przedstawiciela Compensa. Ponadto oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w polisie o ubezpieczenie są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Zobowiązuję się do zapoznania Ubezpieczonych z treścią ww. Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Następstw nieszczęśliwych wypadków II.
- Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel nie poinformował ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń określił, na podstawie uzyskanych ode mnie informacji, moje wymagania i potrzeby, w szczególności w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, oraz przekazał mi ustandaryzowany dokument zawierający informacje o proponowanym produkcie ubezpieczeniowym, przy czym mam świadomość, że ustandaryzowany dokument ma charakter informacyjny i nie stanowi części zawartej umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że zawarta umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, zaś wszelkie rozbieżności pomiędzy informacjami zawartymi w ustandaryzowanym dokumencie a treścią zawartej umowy ubezpieczenia zostały mi wyjaśnione i przeze mnie zaakceptowane.
- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń spełnił wobec mnie wymogi określone w art. 22 ust. 1 lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U. 2017, poz. 2486), a w szczególności poinformował mnie o charakterze wynagrodzenia otrzymywanego w związku z proponowanym zawarciem umowy ubezpieczenia oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Katowice, 31.03.2020 r.

  
pieczęć i podpis przedstawiciela Compensa

Burmistrz Miasta 

KRYSZTOF GRZESICA  
podpis Ubezpieczającego

## OŚWIADCZENIE WOLI W SPRAWIE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

Udzielona zgoda będzie ważna aż do wyraźnego odwołania. Przysługuje Pani/Panu prawo do odwołania w każdym czasie każdej z poniższych zgód poprzez skierowanie oświadczenia: na adres e-mail: korespondencja@compensa.pl lub za pośrednictwem telefonu po numerem: +48 22 501 61 00 lub pisemnie na adres korespondencyjny: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa (Compensa)

### 1) Zgoda na świadczenie usług drogą elektroniczną w celach marketingowych

Zgodnie z art. 10 ust. 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną wyrażam zgodę na przesyłanie na wskazany przeze mnie we wniosku / wnioskopolisie adres e-mail lub nr telefonu informacji handlowej przez Compensa

☐ TAK ☐ NIE

### 2) Zgoda na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących

Zgodnie z art. 172 ust. 1 Ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawo telekomunikacyjne wyrażam zgodę na używanie telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących w rozumieniu tejże ustawy dla celów marketingu bezpośredniego przez Compensa

☐ TAK ☐ NIE

Burmistrz Miasta 

KRYSZTOF GRZESICA

Data i Podpis osoby składającej oświadczenie

## INFORMACJE OD ADMINISTRATORA DANYCH

Zgodnie z art. 24.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informujemy, że:

- Administratorem Danych Osobowych powierzonych przez Pana / Panią danych jest Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342 Warszawa, Al. Jerozolimskie 162.
  - Pana / Pani dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się przez Compensa z umowy ubezpieczenia zawartej z Panem/Panią.
  - Przysługuje Panu /Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania.
  - Przysługuje Panu/Pani prawo do odwołania w każdym czasie udzielonych w niniejszym wniosku zgód.
  - Pana /Pani dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym do tego na podstawie przepisów prawa.
- Poinformowano Pana / Panią o dobrowolności podania swoich danych osobowych.