



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA KKA ZDROWIE

DANE UBEZPIECZONEGO	<input type="text"/>				<input type="text"/>					
	IMIĘ				NAZWISKO					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>							
	KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ							
	<input type="text"/>						<input type="text"/>			
	ULICA						NUMER DOMU / MIESZKANIA			
MAŁŻONEK / PARTNER	<input type="text"/>				<input type="text"/>					
	IMIĘ				NAZWISKO					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
NUMER TELEFONU				PESEL						
DZIECI	IMIĘ		NAZWISKO		PESEL					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>			
WYBÓR WARIANTU I SKŁADKI	PAKIET		KKA ZDROWIE I		KKA ZDROWIE II		KKA ZDROWIE III		KKA ZDROWIE IV	
	INDYWIDUALNY		<input type="checkbox"/> 65 zł		<input type="checkbox"/> 112 zł		<input type="checkbox"/> 150 zł		<input type="checkbox"/> 178 zł	
	PARTNERSKI		<input type="checkbox"/> 130 zł		<input type="checkbox"/> 224 zł		<input type="checkbox"/> 300 zł		<input type="checkbox"/> 356 zł	
	RODZINNY		<input type="checkbox"/> 215 zł		<input type="checkbox"/> 370 zł		<input type="checkbox"/> 453 zł		<input type="checkbox"/> 588 zł	
OKRES OCHRONY	DEKLAROWANY POCZĄTEK OCHRONY -				<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez firmę ANDIW sp. z o.o. z siedzibą w Legnicy przy ul. Piastowskiej 2, lok.1A, zarejestrowaną przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej VI Wydział Gospodarczy, KRS 0000331511, NIP 6941663374 REGON 020998840 jako administratora danych osobowych w celu prowadzenia działalności gospodarczej obejmującej w szczególności pośrednictwo ubezpieczeniowo-finansowe. Potwierdzam, że udzielono mi informacji zgodnie z europejskim rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L nr 119, str. 1) oraz ustawą z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne (Dz.U. 2004 nr 171 poz. 1800 z zm.), w tym szczególnie o prawie dostępu do swoich danych i ich aktualizacji.

TAK NIE

Miejscowość, Data

Podpis Klienta/Ubezpieczonego

Wyrażam zgodę dla ANDIW sp. z o.o. do używania telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących (np. telefon, smartphone, laptop, tablet, komputer, smartwatch itp.) dla celów marketingu bezpośredniego.

TAK NIE

Miejscowość, Data

Podpis Klienta/Ubezpieczonego

Podpis/Pieczęć Agenta



Obowiązki informacyjne Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane: RODO).

Informacje te są zawsze dostępne na <https://www.tuzdrowie.pl/Rodo>

Administrator danych	Administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, przy ul. Śląskiej 17 (dalej: TU ZDROWIE S.A.)
Dane kontaktowe	Z TU ZDROWIE S.A. można się skontaktować poprzez adres email: biuro@tuzdrowie.pl , formularz kontaktowy pod adresem www.tuzdrowie.pl , telefonicznie pod numerem 58 888 2 999 lub pisemnie na adres siedziby TU ZDROWIE S.A. TU ZDROWIE S.A. wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez email iod@tuzdrowie.pl , telefonicznie pod numerem 58 888 2 999 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania	Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu: <ol style="list-style-type: none">wykonania umowy ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych TU ZDROWIE SA, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług,wypełnienia przez TU ZDROWIE SA obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,wypełnienia przez TU ZDROWIE SA obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami;ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń,reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem, lub na Pani/Pana rzecz.
Źródło pochodzenia danych	TU ZDROWIE S.A. otrzymuje dane osobowe takie jak: <ol style="list-style-type: none">imię, nazwisko, PESEL/nr paszportu, data urodzenia, płeć, ew. powinowactwo z Ubezpieczonym Głównym, nr tel. komórkowego i adres e-mail do Ubezpieczającego w celu wykonywania umowy ubezpieczenia;dane o wykonanych usługach medycznych i okolicznościach ich wykonania od operatora/ów medycznego/ych lub placówki medyczne przekazywane w celu rozliczenia usług medycznych i tworzenia wymaganych polskim prawem rejestrów szkód.
Okres przechowywania danych	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia zdrowotnego 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. TU ZDROWIE S.A. przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.
Odbiorcy danych	Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne, podmiotom realizującym świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz ubezpieczonych przez TU ZDROWIE S.A., podmiotom świadczącym usługi infolinii medycznej i zakładom reasekuracji. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie TU ZDROWIE S.A., m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z TU ZDROWIE S.A. i wyłącznie zgodnie z poleceniami TU ZDROWIE S.A. Pani/Pana dane osobowe, za wyjątkiem danych o wykonanych usługach medycznych są udostępniane Ubezpieczającym w celu zapewnienia należytej ochrony ubezpieczeniowej/rozliczenia należnej składki.
Przekazywanie danych poza EOG	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarcym.
Prawa osoby, której dane dotyczą	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo zadania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanką prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE S.A., przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania. W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. 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 w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od TU ZDROWIE S.A. Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z TU ZDROWIE S.A. lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.
Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu	W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.
Informacja o wymogu podania danych	Podanie danych osobowych, w tym wyrażenie zgody na przetwarzanie danych dotyczących zdrowia w związku z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia jest konieczne do wykonywania umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH

DANE UBEZPIECZONEGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	IMIĘ	NAZWISKO
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ULICA	NUMER DOMU / MIESZKANIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFON (OBOWIĄZKOWE)	DATA URODZENIA	PESEL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES E-MAIL (OBOWIĄZKOWE)	<input type="text"/>	

Zgody dotyczące przetwarzania danych osobowych

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w celu wykonywania umowy ubezpieczenia*.

TAK NIE

* Brak wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego uniemożliwia wykonywanie przez TU ZDROWIE SA umowy ubezpieczenia zdrowotnego

2. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w pełnym zakresie informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w tym wszelkich informacji i dokumentacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych z których korzystałem od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych, zgodnie z art. 38. Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zmianami).

TAK NIE

Zgody marketingowe

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

Zgoda na kierowanie komunikacji marketingowej (wynikająca z ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną i prawa telekomunikacyjnego)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. 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)

TAK NIE

- Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

TAK NIE

Miejscowość, Data

Podpis Klienta/Ubezpieczonego