

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 SA)
Dane kontaktowe	Z TU ZDROWIE SA 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 SA. TU ZDROWIE SA 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: 1) wykonania umowy ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia, 2) 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, 3) 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 TU ZDROWIE SA wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, 4) wypełnienia przez TU ZDROWIE SA obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na TU ZDROWIE SA wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami; 5) 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, 6) 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, 7) 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.
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 dotyczących wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. TU ZDROWIE SA 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 SA, podmiotom świadczącym usługi infolinii medycznej i zakładom reasekuracji. Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie TU ZDROWIE SA, 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 SA i wyłącznie zgodnie z poleceniami TU ZDROWIE SA.
Przekazywanie danych poza EOG Prawa osoby, której dane dotyczą	Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z przepisami Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L numer 119, strona 1, dalej jako: RODO). W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA, 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 podstawą 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 SA 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 ochrona danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z TU ZDROWIE SA 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 związku z wnioskiem o zwrot kosztów świadczenia jest konieczne wykonywania umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.

UBEZPIECZAJĄCY/
 NAZWA FIRMY

UBEZPIECZONY

IMIĘ

NAZWISKO

PESEL / NR PASZPORTU

 /

DATA URODZENIA

 - -

e-mail

 @

telefon komórkowy

narodowość

wiek

płeć

wzrost (cm)

waga (kg)

zawód

ANKIETA MEDYCZNA

1. Leczenie ambulatoryjne w ciągu ostatnich 5 lat, czyli, czy obecnie lub w ciągu ostatnich 5 lat chorował/a Pan/i lub występowały objawy, które zmusiły Pana/ią do skorzystania z usług lekarzy przyjmujących w poradniach, przychodniach, klinikach lub na izbie przyjęć szpitala?

 nie ☐ tak, ☐ jeżeli "tak" prosimy o podanie szczegółów

2. Czy w ciągu ostatnich 10 lat był/a Pan/i leczony/a w szpitalu, sanatorium, oddziałach dziennych?

 nie ☐ tak, ☐ jeżeli "tak" prosimy o podanie szczegółów

3. Czy w ciągu ostatnich 10 lat wykonano u Pana/i zabieg operacyjny (w trakcie pobytu w szpitalu, lub w szpitalu/oddziale/klinice chirurgii 1-dnia)?

 nie ☐ tak, ☐ jeżeli "tak" prosimy o podanie szczegółów

4. Czy obecnie i w ciągu ostatnich 2 lat przyjmował/a Pan/i regularnie leki zalecone /nie zalecone przez lekarza?

 nie ☐ tak, ☐ jeżeli "tak" prosimy o podanie szczegółów

5. Czy planuje Pan/i w najbliższym czasie wykonanie zabiegu operacyjnego (w szpitalu, oddziale, klinice chirurgii 1-dnia)?

 nie ☐ tak, ☐ jeżeli "tak" prosimy o podanie szczegółów

6. Czy uprawia Pan/i regularnie sport, lub inną amatorską aktywność ruchową?

TAK, zawodniczo

TAK, okazjonalnie (spacery, jazda na rowerze, fitness, pływanie)

TAK, regularnie (spacery, jazda na rowerze, fitness, pływanie)

NIE

Oświadczam, że wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

CZYTELNY PODPIS UBEZPIECZONEGO

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 S.A. 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 ☐

* Brak wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego uniemożliwia wykonywanie przez TU ZDROWIE S.A. umowy ubezpieczenia zdrowotnego

3. Wyrażam zgodę na wydawanie wobec mnie decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, mających na celu organizowanie świadczeń ubezpieczeniowych.

TAK ☐ NIE ☐**Zgody marketingowe**

4. 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:

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

TAK ☐ NIE ☐

6. Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczne, komunikaty głosowe IVR)

TAK ☐ NIE ☐

DATA

CZYTELNY PODPIS UBEZPIECZONEGO