

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

.....  
Data wpływu do SALTUS TUW

NOWE PRZYSTĄPIENIE

ZMIANA PODGRUPY

### INFORMACJE O UBEZPIECZENIU GRUPOWYM:

Ubezpieczający:			
Wariant ubezpieczenia zdrowotnego:	<input type="checkbox"/> BIAŁY	<input type="checkbox"/> POMARAŃCZOWY	<input type="checkbox"/> ZÓŁTY
	<input type="checkbox"/> BŁĘKITNY	<input type="checkbox"/> NIEBIESKI	<input type="checkbox"/> CZERWONY
Ubezpieczenia dodatkowe:	Rehabilitacja: <input type="checkbox"/> tak	Następstwa nieszczęśliwych wypadków: <input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	Wizyty domowe: <input type="checkbox"/> tak
<input type="checkbox"/> OPCJA PRACOWNICZA/PARTNERSKA	<input type="checkbox"/> OPCJA RODZINNA		
Wysokość składki miesięcznej za każdego Ubezpieczonego: .....	Wysokość składki miesięcznej: .....		
(słownie: ..... złotych)	(słownie: ..... złotych)		
Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: ____-__-____ (DD-MM-RRRR) (ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i opłacenia za Ubezpieczonego składki nie później niż do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej).			

### DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO (PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO):

(jeżeli Ubezpieczony Główny przystąpił już wcześniej do ubezpieczenia grupowego, wystarczy podać Imię, Nazwisko i PESEL)

Imię:	Nazwisko:	PESEL:
Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie):	Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców): ____-__-____ (DD-MM-RRRR)	PŁEĆ (w przypadku obcokrajowców): <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

#### Adres zamieszkania:

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	Miejscowość:	Kod pocztowy:
--------	----------	----------------	--------------	---------------

#### Adres korespondencyjny:

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	Miejscowość:	Kod pocztowy:
--------	----------	----------------	--------------	---------------

▪ Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty)

<input type="checkbox"/> telefon: .....	<input type="checkbox"/> sms: .....	<input type="checkbox"/> e-mail: .....
---	-------------------------------------	--

### DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI):

(dane partnera możliwe są do zmiany raz w roku polisowym)

1. Imię:	Nazwisko:	PESEL:
Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie):	Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców): ____-__-____ (DD-MM-RRRR)	PŁEĆ (w przypadku obcokrajowców): <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna

Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x”):

małżonek/partner

dziecko

#### Adres zamieszkania:

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	Miejscowość:	Kod pocztowy:
--------	----------	----------------	--------------	---------------

▪ Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty)

<input type="checkbox"/> telefon: .....	<input type="checkbox"/> sms: .....	<input type="checkbox"/> e-mail: .....
---	-------------------------------------	--

DE/6/1810/NG/3

2.	Imię:	Nazwisko:	PESEL:
Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie):		Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców): ____-____-____ (DD-MM-RRRR)	PŁEĆ (w przypadku obcokrajowców): <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x”):		<input type="checkbox"/> małżonek/partner	<input type="checkbox"/> dziecko

Adres zamieszkania:

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	Miejscowość:	Kod pocztowy:
--------	----------	----------------	--------------	---------------

▪ Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”) (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty)

telefon: .....  sms: .....  e-mail: .....

3.	Imię:	Nazwisko:	PESEL:
Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie):		Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców): ____-____-____ (DD-MM-RRRR)	PŁEĆ (w przypadku obcokrajowców): <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna
Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x”):		<input type="checkbox"/> małżonek/partner	<input type="checkbox"/> dziecko

Adres zamieszkania:

Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:	Miejscowość:	Kod pocztowy:
--------	----------	----------------	--------------	---------------

▪ Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”) (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty)

telefon: .....  sms: .....  e-mail: .....

### WYMAGANE PODPISY UBEZPIECZONYCH:

#### TREŚĆ OŚWIADCZEŃ

1. Niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawartego przez Ubezpieczającego z SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (zwane dalej SALTUS TUW), na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (w tym Ogólnych Warunków Dodatkowych Grupowych Ubezpieczeń SALTUS ZDROWIE), obowiązujących w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, z których treścią zapoznałem(am) się i oświadczam, że są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję. Wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji i innych dokumentach wymaganych przez SALTUS TUW są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie podane w dobrej wierze w celu przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące ww. ubezpieczenia w formie informacji o produkcie.

Potwierdzam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zostały mi doręczone w postaci papierowej:

- 1) informacje dotyczące dystrybutora ubezpieczeń oraz informacje o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozpatrywania sporów,
- 2) ustandaryzowany Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

Wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TUW, w celu ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia oraz na udostępnianie działającej w imieniu SALTUS TUW Asekuracji Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie, w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, informacji dotyczących rodzaju, liczby oraz daty usług medycznych świadczonych przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej na moją rzecz.

Wyrażam zgodę, na zasięganie przez SALTUS TUW z siedzibą w Sopocie, za życia bądź po mojej śmierci informacji z Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili lub udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności SALTUS TUW z siedzibą w Sopocie oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TUW z siedzibą w Sopocie przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS TUW z siedzibą w Sopocie moich danych osobowych w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez Towarzystwo informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego Głównego	Podpis Ubezpieczonego Dodatkowego 1	Podpis Ubezpieczonego Dodatkowego 2	Podpis Ubezpieczonego Dodatkowego 3
.....	.....	.....	.....	.....

2. W przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, wyrażam zgodę na zasięganie SALTUS TUW z siedzibą w Sopocie i podmioty działające w jego imieniu, w tym Asekurację Sp. z o.o., za życia bądź po mojej śmierci - w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia - informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem badań genetycznych) obejmujących lub dotyczących:

- 1) przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań oraz wyników sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
  - 2) przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań;
  - 3) wyników przeprowadzonych konsultacji;
  - 4) przyczyny śmierci;
- u każdego lekarza, u którego leczyłam/em się lub leczę albo zasięgałam/em porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego Głównego	Podpis Ubezpieczonego Dodatkowego 1	Podpis Ubezpieczonego Dodatkowego 2	Podpis Ubezpieczonego Dodatkowego 3
.....	.....	.....	.....	.....

Realizując obowiązek wynikający z art. 13 rozporządzenia 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 (dalej: RODO) informujemy, że:

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: SALTUS TUW lub Towarzystwo) z siedzibą w Sopocie, adres: ul. Władysława IV 22, 81/743 Sopot.

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jej wykonywania, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie art. 41 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a także wykonywania innych czynności ubezpieczeniowych na podstawie tej ustawy oraz zobowiązań w zakresie przechowywania dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń z zawartej umowy ubezpieczenia.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i jej wykonywania, a odmowa ich podania uniemożliwia objęcie Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową.

Na podstawie prawnie uzasadnionego interesu, o którym mowa w art. 6 ust. 1. lit. f) RODO, SALTUS TUW, jako administrator danych będzie przetwarzał Pani/Pana dane osobowe w celu marketingowym, w tym analizy marketingowej oraz oferowania własnych usług i produktów za pośrednictwem usług pocztowych. Przedstawienie oferty SALTUS TUW za pośrednictwem poczty elektronicznej lub drogą telefoniczną wymaga uzyskania Pani/Pana dobrowolnej zgody. W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione:

1. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą;
2. podmiotom wykonującym działalność leczniczą w ramach i na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych informacji o stanie zdrowia lub ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia na podstawie Pani/Pana zgody;
3. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody;
4. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
  - a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
  - b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,
  - c. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych,
  - d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,
  - e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,
  - f. realizacji inicjatyw marketingowych,
  - g. realizacji procesu obsługi umowy ubezpieczenia.
5. innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wskazanym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w trybie i na zasadach tam opisanych.

Pani/Pana dane osobowe, w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez lub w imieniu i na rzecz SALTUS TUW przez okres wynikający z terminu przedawnienia roszczeń, który wynosi 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej, albo od dnia uprawomocnienia się orzeczenia stwierdzającego roszczenie wydane przez sąd, sąd polubowny lub inny organ właściwy do rozpoznawania spraw danego rodzaju, albo orzeczenia stwierdzającego ugodę zawartą przed mediatorem. Termin ten ulega wydłużeniu w przypadkach, w których nastąpi zdarzenie przerywające jego bieg, w tym zgłoszenie roszczenia lub wszczęcie postępowania sądowego.

Dodatkowo, w związku ze współpracą w ramach realizacji usług ubezpieczeniowych z SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej: SALTUS TU ŻYCIE SA) oraz Asekuracja sp. z o.o. z siedzibą pod wspólnym adresem: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informujemy, że w przypadku wyrażenia przez Panią/Pana zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych SALTUS TU ŻYCIE SA lub Asekuracja sp. z o.o., realizowanych za pośrednictwem wskazanych przez Panią/Pana środków komunikacji, odpowiednio SALTUS TU ŻYCIE SA lub Asekuracja sp. z o.o. będą administratorami danych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, w ramach realizacji własnych celów marketingowych SALTUS TU ŻYCIE SA lub Asekuracja sp. z o.o. mogą być podmioty, którym odpowiednio SALTUS TU ŻYCIE SA lub Asekuracja sp. z o.o. zleciły lub zlecają wykonanie określonych czynności w ramach prowadzonych działań marketingowych.

Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych SALTUS TU ŻYCIE SA lub Asekuracja sp. z o.o. jest całkowicie dobrowolne i pozostaje bez wpływu na realizację celów, w jakich Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez SALTUS TUW.

Przetwarzanie danych osobowych przez poszczególnych administratorów danych dla realizacji celów marketingowych na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody będzie następowało do czasu jej odwołania, a w przypadku przetwarzania danych w celach marketingowych przez SALTUS TUW na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych, do czasu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w tym celu.

We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez SALTUS TUW lub SALTUS TU ŻYCIE SA można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod wskazanym wyżej adresem siedziby, a także w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem infolinii (58) 770 36 90 lub 801 888 666 lub drogą elektroniczną na adres [iod@saltus.pl](mailto:iod@saltus.pl)

W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez Asekuracja sp. z o.o. można kontaktować się z wyznaczonym inspektorem ochrony danych pod wskazanym wyżej adresem siedziby oraz w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem telefonu (58) 772 72 00 lub drogą elektroniczną na adres [iod@asekuracja.pl](mailto:iod@asekuracja.pl)

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, wobec każdego z administratorów danych przysługuje Pani/Panu prawo cofnięcia w dowolnym momencie uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych, prawo interwencji u administratora danych w związku z podejrzeniem lub stwierdzeniem niezgodnego z prawem przetwarzania danych osobowych lub wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, a także, w trybie i na zasadach opisanych odpowiednio w art. 15 – 21 RODO, prawo:

1. dostępu do swoich danych oraz uzyskania informacji;
2. sprostowania swoich danych osobowych, jeśli są nieprawidłowe lub ich uzupełnienia;
3. usunięcia swoich danych osobowych;
4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych;
5. przeniesienia danych osobowych;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.

**DODATKOWE OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONYCH:****OŚWIADCZENIA ZGÓD NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

	UBEZPIECZONY GŁÓWNY	UBEZPIECZONY DODATKOWY 1	UBEZPIECZONY DODATKOWY 2	UBEZPIECZONY DODATKOWY 3
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie (dalej: SALTUS TUW) w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie informacji handlowych w zakresie produktów lub usług oferowanych przez SALTUS TUW z wykorzystaniem:				
a) usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
b) poczty elektronicznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
c) telefonu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (dalej: SALTUS TU ŻYCIE SA) w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie informacji handlowych w zakresie produktów lub usług oferowanych przez SALTUS TU ŻYCIE SA z wykorzystaniem:				
a) usług pocztowych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
b) poczty elektronicznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
c) telefonu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Asekurację sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie (dalej: Asekuracja) w celach marketingowych, w tym na otrzymywanie przesyłanych przez Asekurację informacji handlowych w zakresie produktów lub usług finansowych, obejmujących także produkty i usługi ubezpieczeniowe oferowane za pośrednictwem Asekuracji z wykorzystaniem:				
a) usług pocztowych	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
b) poczty elektronicznej	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
c) telefonu	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
	<u>data i podpis</u> UBEZPIECZONY GŁÓWNY	<u>data i podpis</u> UBEZPIECZONY 1	<u>data i podpis</u> UBEZPIECZONY 2	<u>data i podpis</u> UBEZPIECZONY 3

**Potwierdzenie przyjęcia deklaracji przystąpienia:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do administrowania polisą:	Pieczętka i podpis:
Imię i nazwisko przedstawiciela Towarzystwa:	

DE/6/1810/NG/3