

## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### ■ RODZAJ UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Należy zaznaczyć odpowiedni checkbox – jeden w przypadku zawarcia jednej umowy, oba w przypadku zawarcia jednocześnie dwóch umów.

**UWAGA** - Nie jest możliwe jednoczesne zaznaczenie checkboxów Medycyna Pracy [PODSTAWA] oraz Medycyna Pracy [PODSTAWA] z PPP

☐ MEDYCYNĄ PRACY [PODSTAWA] ☐ MEDYCYNĄ PRACY [PODSTAWA] z PPP ☐ SALTUS ZDROWIE

**Forma ubezpieczenia:** umowa ubezpieczenia zawierana przez Ubezpieczającego na cudzy rachunek /Ubezpieczonego/

**Okres ubezpieczenia:** umowa ubezpieczenia zawarta na czas nieokreślony

**Liczba wszystkich pracowników:** \_\_\_\_\_

**Wnioskowana data rozpoczęcia umowy ubezpieczenia:** 0 1 M M R R R R

### ■ DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Pełna nazwa \_\_\_\_\_ NIP/KRS \_\_\_\_\_

**Adres siedziby**

Ulica \_\_\_\_\_ Nr budynku \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Miejscowość \_\_\_\_\_

Charakter prowadzonej działalności \_\_\_\_\_

### ■ OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO DO KONTAKTU I ADMINISTROWANIA UMOWĄ

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Stanowisko \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Stanowisko \_\_\_\_\_

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### ■ INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY SALTUS ZDROWIE

1. liczba pracowników obejmowanych ubezpieczeniem: \_\_\_\_\_

jeżeli liczba pracowników obejmowanych ubezpieczeniem jest różna od liczby wszystkich pracowników, prosimy o podanie przyczyny tej różnicy:

\_\_\_\_\_

2. struktura demograficzna: % kobiet: \_\_\_\_\_ średnia wieku pracowników: \_\_\_\_\_

3. Płatnik składki za opcję pracowniczą/standardową:

☐ Ubezpieczający (pracodawca) ☐ Ubezpieczeni Główni (pracownicy) ☐ Ubezpieczający i Ubezpieczeni Główni

4. Czy na dzień poprzedzający zawarcie niniejszej umowy Ubezpieczający zapewniał pracownikom inną formę opieki medycznej?

☐ NIE **TAK**, w ramach: ☐ ubezpieczenia zdrowotnego ☐ abonamentu medycznego

## ZAKRES UBEZPIECZENIA

[illegible]

## POSTANOWIENIA DODATKOWE LUB ODMIENNE OD OWU SALTUS ZDROWIE

## ■ INFORMACJE DOTYCZĄCE UMOWY MEDYCYNĄ PRACY

Liczba pracowników obejmowanych ubezpieczeniem: \_\_\_\_\_

## ZAKRES UBEZPIECZENIA

**Zakres ubezpieczenia:** Medycyna pracy [PODSTAWA]

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| <b>WNIOSEK ZGODNY Z OFERTĄ NR _____ Z DNIA</b> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">D</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">M</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">R</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">R</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">R</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">R</span> <b>PROPOZYCJA NR _____</b> | <b>MIESIĘCZNA SKŁADKA / zł</b> |
| MEDYCYNĄ PRACY [PODSTAWĄ]                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |
| PPP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                |

**Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia:** Pracownicze Programy Profilaktyczne wskazane poniżej:

**NAZWA PRACOWNICZEGO PROGRAMU PROFILAKTYCZNEGO**

Poniżej należy zaznaczyć znakiem „X” PPP odpowiadający wybranej propozycji z oferty.

- |                          |                                               |                          |                                                 |                          |                                  |
|--------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Profilaktyka kardiologiczna + Walka dla Serca | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka diabetologiczna + Walka z Cukrzycą | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka nabytych wad wzroku |
| <input type="checkbox"/> | Profilaktyka onkologiczna + Walka z Rakiem 1  | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka chorób układu oddechowego          | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka następstw urazów    |
| <input type="checkbox"/> | Profilaktyka onkologiczna + Walka z Rakiem 2  | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka nabytych wad słuchu                | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka następstw epidemii  |
| <input type="checkbox"/> | Profilaktyka neurologiczna + Walka z Udarem   | <input type="checkbox"/> | Profilaktyka nabytych wad postawy               |                          |                                  |

**www.saltus.pl** | Biuro Obsługi Klienta: 58 770 36 90 lub 801 888 666, e-mail: [info@saltus.pl](mailto:info@saltus.pl)

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie, 81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego. KRS: 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747.

Zarząd: Robert Łoś, Grzegorz Buczkowski, Anna Gołabek, Mariusz Czaika. Kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł.

## ANKIETA MEDYCYNY PRACY

| RODZAJ ZAGROŻENIA<br>NA STANOWISKU PRACY                          | LICZBA OSÓB<br>ZATRUDNIONYCH | PLANOWANA LICZBA<br>OSÓB ZATRUDNIANYCH<br>NA STANOWISKU W CIĄGU<br>NASTĘPNYCH 12 MIESIĘCY |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| stanowiska decyzyjne                                              |                              |                                                                                           |
| praca z komputerem                                                |                              |                                                                                           |
| stanowiska z samochodem służbowym i prywatnym do celów służbowych |                              |                                                                                           |
| kierowanie samochodem zawodowo                                    |                              |                                                                                           |
| kierowanie wózkiem widłowym                                       |                              |                                                                                           |
| kierowanie maszyną w ruchu                                        |                              |                                                                                           |
| inna praca wymagająca pełnej sprawności psychofizycznej           |                              |                                                                                           |
| praca zmianowa (nocna)                                            |                              |                                                                                           |
| praca na wysokości do 3 metrów                                    |                              |                                                                                           |
| praca na wysokości powyżej 3 metrów                               |                              |                                                                                           |
| stały wysiłek głosowy                                             |                              |                                                                                           |
| hałas o natężeniu powyżej 85 dB                                   |                              |                                                                                           |
| praca w słuchawkach                                               |                              |                                                                                           |
| wibracja miejscowa                                                |                              |                                                                                           |
| wibracja ogólna                                                   |                              |                                                                                           |
| mikroklimat gorący                                                |                              |                                                                                           |
| mikroklimat zimny                                                 |                              |                                                                                           |
| czynniki chemiczne                                                |                              |                                                                                           |
| pyły                                                              |                              |                                                                                           |
| czynniki biologiczne                                              |                              |                                                                                           |
| dźwiganie ciężarów powyżej normy                                  |                              |                                                                                           |
| promieniowanie RTG                                                |                              |                                                                                           |
| promieniowanie UV                                                 |                              |                                                                                           |
| promieniowanie laserowe                                           |                              |                                                                                           |
| monotonia pracy                                                   |                              |                                                                                           |
| narażenie życia                                                   |                              |                                                                                           |
| badania sanitarno-epidemiologiczne                                |                              |                                                                                           |
| Inne                                                              |                              |                                                                                           |
| inne                                                              |                              |                                                                                           |
| Inne                                                              |                              |                                                                                           |

**Aktualny zakład opieki zdrowotnej świadczący profilaktyczną opiekę medyczną dla pracowników**

**CZYNNIKI POŚREDNIO WPŁYWAJĄCE NA ZDROWIE PRACOWNIKÓW** (dane do Audytu Zdrowotnego pracowników)

|                                                                                                                                                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| przybliżona liczba kobiet powyżej 40 rż.                                                                                                            |  |
| przybliżona liczba mężczyzn powyżej 40 rż.                                                                                                          |  |
| przybliżona liczba osób w wieku 20 – 35 lat                                                                                                         |  |
| przybliżona liczba osób dojeżdżających do pracy > 20 km                                                                                             |  |
| "wskaźnik absencji chorobowej w ubiegłym roku liczba opuszczonych dni pracy z powodu L4 liczba wszystkich dni pracy* przeciętna liczba pracowników" |  |

## POSTANOWIENIA DODATKOWE LUB ODMIENNE OD OWU MEDYCYNĄ PRACY

### ■ PREFEROWANA FORMA KONTAKTU

Wyrażamy zgodę na przekazywanie przez SALTUS TUW drogą elektroniczną

na wskazany przez nas adres e-mail: \_\_\_\_\_  
(który jest poprawny i aktualny) wszelkiej korespondencji dotyczącej wnioskowanej lub zawartej umowy ubezpieczenia, na warunkach przewidzianych powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.  
Jednocześnie w razie zmiany wskazanego powyżej adresu e-mail zobowiązujemy się do pisemnego powiadomienia Towarzystwa o nowym adresie e-mail.

### ■ ZGODY I OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczamy, iż przed zawarciem umowy ubezpieczenia, za pośrednictwem poczty elektronicznej:

- zostały nam doręczone:

☐ OWU GUZ MEDYCYNĄ PRACY wraz ze skorowidzem, ☐ w tym postanowień dotyczących PPP.

☐ OWU GUZ SALTUS ZDROWIE wraz ze skorowidzem,

stanowiące podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia, z których treścią się zapoznaliśmy. Oświadczamy, że w pełni akceptujemy treść tych OWU.

- zostały nam przekazane Dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

Potwierdzamy, że zostały nam dostarczone za pośrednictwem poczty elektronicznej informacje dotyczące dystrybutora ubezpieczeń, zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w tym o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.  
Oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach, składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową członków grupy, są zgodne z prawdą i podane do wiadomości Towarzystwa zgodnie z posiadanym pełnomocnictwem do reprezentowania Ubezpieczającego.

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

Data

MIEJSCE NA PODPIS - WYMAGANY

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

### ■ DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Wyrażam zgodę na przystąpienie do SALTUS TUW w charakterze Członka zwyczajnego oraz zawarcie umowy ubezpieczenia. Deklaruję objęcie jednego udziału o wartości 1 zł oraz wpłatę bezwrotnego wpisu w wysokości 1 zł (łącznie: 2 zł).

**Członek zwyczajny nie jest odpowiedzialny za zobowiązania SALTUS TUW oraz nie może być obciążony obowiązkiem zapłaty składki dodatkowej.**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

Data

MIEJSCE NA PODPIS - WYMAGANY

\_\_\_\_\_  
Czytelny podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

**■ INFORMACJA W SPRAWIE ZASAD PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z ZAWarciEM I WYKONYwANIEM UMOWY**  
– dotyczy osób fizycznych

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Administrator (podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych)</b>                | <b>SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych</b> (w dalszej części: SALTUS TUW)<br>ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot<br>tel. (58) 770 36 90, tel. 801 888 666<br>e-mail: info@saltus.pl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Inspektor ochrony danych (osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych)</b>     | tel. (58) 770 36 90,<br>e-mail: iod@saltus.pl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych</b>                                     | SALTUS TUW przetwarza dane osobowe Ubezpieczającego:<br>1) na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w celach:<br>a. realizacji zadań statutowych, w tym obsługi Ubezpieczającego jako Członka Towarzystwa;<br>b. zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;<br>c. oceny ryzyka ubezpieczeniowego;<br>d. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń;<br>e. statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych;<br>2) na podstawie ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej, w celu obsługi ewentualnych reklamacji;<br>3) na podstawie prawnie uzasadnionego interesu określonego w art. 6 ust. 1 lit. f RODO, w celach:<br>a. marketingu bezpośredniego, w tym komunikowania oferty oraz analizy marketingowej (w tym profilowania), której celem jest rozwój i dostosowanie oferty ubezpieczeniowej do indywidualnych potrzeb;<br>b. ustalenia, dochodzenia roszczeń SALTUS TUW lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami;<br>c. obsługi korespondencji kierowanej do SALTUS TUW, w tym elektronicznej<br>Podanie danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, a odmowa ich podania uniemożliwia zawarcie umowy. |
| <b>Odbiorcy danych (kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe)</b>  | W związku z realizacją powyższych celów odbiorcami danych osobowych Ubezpieczającego mogą być:<br>1. podmioty wykonujące czynności zlecone przez SALTUS TUW, w szczególności w zakresie:<br>a. dystrybucji ubezpieczeń,<br>b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą<br>c. likwidacji roszczeń,<br>d. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych i aplikacji,<br>e. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,<br>f. ustalenia i dochodzenia roszczeń SALTUS TUW z tytułu prowadzonej działalności lub obrony przed roszczeniami,<br>g. realizacji procesu obsługi umowy ubezpieczenia.<br>2. bankom oraz ewentualnie podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji;<br>3. podmiotom pośredniczącym w wymianie korespondencji, w tym prowadzonej w formie elektronicznej;<br>4. 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.                                                                                                                                                                     |
| <b>Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego</b>                  | Dane mogą być przekazywane do podmiotów w państwach spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Może to nastąpić w związku z korzystaniem z niektórych usług teleinformatycznych lub gdy będzie to niezbędne dla wykonania umowy ubezpieczenia. Przekazanie danych osobowych do państwa trzeciego może nastąpić wyłącznie, gdy państwo takie lub podmiot zapewni odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, który może być potwierdzony decyzją Komisji Europejskiej a w przypadku braku takiego potwierdzenia, gdy zapewnione zostaną odpowiednie zabezpieczenia określone w art. 46 RODO, w tym na podstawie standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską.<br>Przekazanie danych może nastąpić także na warunkach określonych w art. 49 RODO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Okres przechowywania danych osobowych: jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe</b> | Dane osobowe w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej.<br>Sprzeciwu/odwołania zgody można dokonać telefonicznie na numer (58) 770 36 90 lub 801 888 666, lub email: info@saltus.pl                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane</b>                                   | W związku z przetwarzaniem danych osobowych Ubezpieczającemu przysługują następujące prawa:<br>1. prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych;<br>2. prawo do sprostowania lub uzupełnienia swoich danych;<br>3. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;<br><br>oraz w uzasadnionych przypadkach:<br>4. prawo do usunięcia danych osobowych;<br>5. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych;<br>6. prawo do przenoszenia danych osobowych;<br>7. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego o przesłankę prawnie uzasadnionego interesu administratora;<br>8. prawo do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony administratora oraz do wyrażenia własnego stanowiska.<br><br>W celu realizacji powyższych praw należy skontaktować się z Biurem Obsługi Klienta dzwoniąc na numer (58) 770 36 90 lub 801 888 666, kontaktując się drogą mailową: info@saltus.pl lub przez kontakt z Inspektorem ochrony danych.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**www.saltus.pl** | Biuro Obsługi Klienta: 58 770 36 90 lub 801 888 666, e-mail: info@saltus.pl

SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie, 81-743 Sopot, ul. Władysława IV 22, zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego.  
KRS: 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747.  
Zarząd: Robert Łoś, Grzegorz Buczkowski, Anna Gołabek, Mariusz Czajka. Kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł.