

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY  
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO**

Data wpływu wniosku do SALTUS TU ŻYCIE SA

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO** (jeżeli Ubezpieczający jest tą samą osobą, co Ubezpieczony, nie ma konieczności wypełniania sąsiednich pól dotyczących Ubezpieczonego) Osoba fizyczna  Osoba prawna/Jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej

Nazwisko/Nazwa	Imię/Nazwa	PESEL*/REGON**
Data urodzenia	Państwo urodzenia	Obywatelstwo
Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i nr dokumentu tożsamości	Kraj zamieszkania

NIP:\*\*

\* W przypadku braku nr PESEL proszę podać datę urodzenia.

\*\*proszę o podanie w przypadku, jeżeli podmiot prowadzi działalność gospodarczą.

**Adres zamieszkania/siedziby**

Ulica	Nr domu/Nr mieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
Tel. kom.	Tel. stacjonarny	e-mail		

**Adres korespondencyjny (jeśli inny niż zamieszkania/siedziby):**

Ulica	Nr domu/Nr mieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
-------	-----------------------	--------------	-------------	--------

**DANE UBEZPIECZONEGO** (jeżeli Ubezpieczający jest tą samą osobą, co Ubezpieczony, nie ma konieczności wypełniania sąsiednich pól dotyczących Ubezpieczonego)

Nazwisko	Imię	PESEL*
Rodzaj dokumentu tożsamości	Seria i nr dokumentu tożsamości	Obywatelstwo

Data urodzenia

\* W przypadku braku nr PESEL proszę podać datę urodzenia.

**Adres zamieszkania**

Ulica	Nr domu/Nr mieszkania	Kod pocztowy	Miejscowość	Poczta
Kraj zamieszkania				
Tel. kom.	Tel. stacjonarny	e-mail		

## UMOWA UBEZPIECZENIA

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Suma ubezpieczenia/ wysokość świadczenia
śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	100 000 zł
śmierć Ubezpieczonego/Niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego	1 000 zł
pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku	100 zł / doba

Częstotliwość płatności Składki:  Roczna  Półroczna  Kwartalna  MiesięcznaPolecenie zapłaty?  TAK  NIEDzień obciążenia rachunku:  5  10  15  25

Wysokość Składki jednorazowej lub pierwszej raty Składki \_\_\_\_\_

Numer konta do wpłaty \_\_\_\_\_ 88 1140 1065 0000 2980 6100 0001

## UPOSAŻENI

Niniejszym wskazuję następujących Uposażonych:

imię i nazwisko / Nazwa	PESEL lub Data urodzin / REGON / NIP	Adres	Udział %*

\* Suma udziałów nie może być mniejsza ani większa niż 100%

W przypadku niewskazania Uposażonych do otrzymania Świadczenia lub śmierci Uposażonego, osobami uprawnionymi są osoby wskazane w Ogólnych Warunkach Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO.

## OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZONEGO

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że nie chorowałem/am lub nie choruję na zagrażające życiu choroby przewlekłe, rozumiane jako długotrwałe stany chorobowe, których cechą charakterystyczną jest ciągłość trwania lub ryzyko występowania nawrotów (osoba przewlekłe chora wymaga stałej lub okresowej opieki medycznej). Nieleczona choroba przewlekła stanowi zagrożenie dla życia.

 Tak, potwierdzam oświadczenie  Nie, nie potwierdzam oświadczenia

Przyjmuję do wiadomości, że jeżeli w ciągu trzech lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia Zdarzenie ubezpieczeniowe będzie spowodowane chorobą, która została zatajona lub co do której we wniosku podano wiadomości nieprawdziwe, to SALTUS TU ŻYCIE SA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu takiego Zdarzenia ubezpieczeniowego, a Świadczenie nie zostanie wypłacone.

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO O UPRAWIANYM SPORCIE

Oświadczam, że nie uprawiam następujących sportów: pilotowanie statków powietrznych lub spadochroniarstwo, nurkowanie na głębokość przekraczającą 40 m lub nurkowanie w jaskiniach, wspinaczka wysokogórska lub skałkowa, sporty motorowe lub motorowodne.

 Tak, potwierdzam oświadczenie  Nie, nie potwierdzam oświadczenia

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO O WYKONYWANYM ZAWODZIE

Oświadczam, że wykonywany przeze mnie zawód nie obejmuje: pracy na wysokościach (powyżej 10 m), pracy fizycznej w budownictwie, przemyśle wydobywczym, marynarce handlowej, rybołówstwie morskim, nie pracuję w służbach mundurowych, nie pracuję poza granicami Unii Europejskiej.

 Tak, potwierdzam oświadczenie  Nie, nie potwierdzam oświadczenia

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

## ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH INNYM ZAKŁADOM UBEZPIECZEŃ

Wyrażam zgodę na udostępnienie SALTUS TU ŻYCIE SA przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnienie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS TU ŻYCIE SA 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. Powyższa zgoda jest dobrowolna.

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczonego \_\_\_\_\_

**ZGODA NA ZASIĘGANIE INFORMACJI O STANIE ZDROWIA**

Wyrażam zgodę na zasięganie przez SALTUS TU ŻYCIE SA, 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 badaniach diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia 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;
- 3) wyników przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyn śmierci, u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub lecę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

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

Powyższe zgody są wymagane przez SALTUS TU ŻYCIE SA w celu zawarcia umowy ubezpieczenia. Brak zgody na zasięganie informacji o stanie zdrowia skutkuje podwyższonym ryzykiem ubezpieczeniowym i brakiem możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez 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:

1. usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej  TAK  NIE
2. poczty elektronicznej  TAK  NIE
3. telefonu  TAK  NIE

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:

1. usług pocztowych  TAK  NIE
2. poczty elektronicznej  TAK  NIE
3. telefonu  TAK  NIE

Powyższa zgoda jest dobrowolna

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego (podpis niewymagany w przypadku gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą)

**ZGODA NA KORESPONDENCJĘ ELEKTRONICZNĄ**

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów dotyczących wnioskowanej lub zawartej z SALTUS TU ŻYCIE SA umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 15.12.2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci wiadomości e-mail, na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej.

Powyższa zgoda jest dobrowolna.

 TAK  NIE

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego (podpis niewymagany w przypadku gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą)

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zgodnie z niniejszym wnioskiem, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczonego

**OŚWIADCZENIA I ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO**

SALTUS TU ŻYCIE SA, jako instytucja obowiązana, informuje, że na podstawie art. 34 ust. 5 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, zobowiązana jest przetwarzać Pani / Pana dane osobowe podane w niniejszym wniosku, w szczególności na potrzeby stosowania środków bezpieczeństwa finansowego, a także przekazywania i gromadzenia informacji dla Generalnego Inspektora Informacji Finansowej

**OŚWIADCZENIE PEP UBEZPIECZAJĄCEGO**

Oświadczenie PEP (osoba zajmująca eksponowane stanowisko polityczne, członek rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne, osoba znana, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne).

Na podstawie art. 46 ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, oświadczam, że:

- jestem /  nie jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne<sup>1</sup>,
- jestem /  nie jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>2</sup>,
- jestem /  nie jestem osobą znaną, jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne<sup>3</sup>.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

<sup>1</sup> Za osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne – rozumie się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- szeferów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- członków organów zarządzających partii politycznych,
- członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- ambasadorów, charges d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej.

<sup>2</sup> Za osoby będące członkami rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne - rozumie się:

- małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne.

<sup>3</sup> Za osoby znane, jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne - rozumie się:

- osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH W CELACH MARKETINGOWYCH**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez 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:

- usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej  TAK  NIE
- poczty elektronicznej  TAK  NIE
- telefonu  TAK  NIE

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:

- usług pocztowych  TAK  NIE
- poczty elektronicznej  TAK  NIE
- telefonu  TAK  NIE

Powyższa zgoda jest dobrowolna

Miejscowość

Data

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**ZGODA NA KORESPONDENCJĘ ELEKTRONICZNĄ**

Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów dotyczących wnioskowanej lub zawartej z SALTUS TU ŻYCIE SA umowy ubezpieczenia, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 15.12.2017 roku o dystrybucji ubezpieczeń, za pomocą środków komunikacji elektronicznej w postaci wiadomości e-mail, na wskazany przeze mnie adres poczty elektronicznej.

Powyższa zgoda jest dobrowolna.

TAK  NIE

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O DORĘCZENIU OWU, OBIEKTYWNYCH INFORMACJI O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM ORAZ KARTY PRODUKTU**

Oświadczam, że zostały mi doręczone Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie Acti OCHRONA BEZPIECZEŃSTWO (OWU), stanowiące podstawę do zawarcia i realizacji umowy ubezpieczenia, z których treścią zapoznałem/am się i oświadczam, że są one dla mnie jasne i zrozumiałe, a wszystkie moje wątpliwości w tym zakresie zostały wyjaśnione.

Oświadczam, że w pełni akceptuję treść tych OWU. Potwierdzam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zostały mi dostarczone w formie papierowej obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym oraz informacje dotyczące ww. ubezpieczenia w formie Karty Produktu.

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE O DORĘCZENIU INFORMACJI O DYSTRYBUTORZE**

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone w postaci papierowej informacji dotyczące dystrybutora ubezpieczeń, zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, w tym o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową, są zgodne z prawdą.

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Ubezpieczającego \_\_\_\_\_

**OŚWIADCZENIE DYSTRYBUTORA – POŚREDNIKA UBEZPIECZENIOWEGO**

Potwierdzam, iż wszystkie informacje i oświadczenia wskazane w niniejszym wniosku o zawarcie umowy zostały złożone przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego w mojej obecności, po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego i Ubezpieczonego na podstawie dokumentu tożsamości.

Miejscowość \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Czytelny podpis Pośrednika \_\_\_\_\_

Informacja w sprawie zasad przetwarzania danych osobowych w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy ubezpieczenia.	
<b>Administrator danych:</b> podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych	<b>SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna</b> (w dalszej części: SALTUS TU ŻYCIE SA) ul. Władysława IV 22 81-743 Sopot tel. (58) 770 36 90 tel. 801 888 666 e-mail: info@saltus.pl
<b>Inspektor ochrony danych:</b> osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych	We wszystkich sprawach związanych z przetwarzaniem danych osobowych można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem ochrony danych listownie pod adresem siedziby administratora, drogą telefoniczną lub za pośrednictwem poczty elektronicznej: tel. (58) 770 36 90 e-mail: iod@saltus.pl
<b>Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych</b>	SALTUS TU ŻYCIE SA będzie przetwarzało Pani/Pana dane osobowe: 1. na podstawie przepisów ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w celach: a. zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego, c. przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń, d. statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych; 2. na podstawie przepisów ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 roku o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego w celu obsługi ewentualnych reklamacji; 3. na podstawie przepisów ustawy z dnia 1 marca 2018 roku o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu w celu wypełnienia obowiązków instytucji obowiązanej, w tym stosowania środków bezpieczeństwa finansowego polegających m.in. na identyfikacji tożsamości klienta, oceny jego stosunków gospodarczych, identyfikacji i analizie jego transakcji oraz źródeł pochodzenia wartości majątkowych, oraz rejestrowaniu i informowaniu Generalnego Inspektora Informacji Finansowej w trybie i na zasadach opisanych w ustawie; 4. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) w celach: a. marketingowym, w tym badania rynku, komunikowania oferty oraz analizy marketingowej (w tym profilowania), których celem jest rozwój i dostosowanie oferty ubezpieczeniowej do indywidualnych potrzeb (po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej przetwarzanie danych w tym celu może następować za uprzednią, dobrowolną zgodą), b. ustalenia lub dochodzenia ewentualnych roszczeń zakładu ubezpieczeń (o ile to uzasadnione, dane szczególnych kategorii, w tym dotyczące zdrowia mogą być przetwarzane w tym celu na podstawie art. 9 ust. 2 lit. f RODO).

<p><b>Odbiorcy danych</b> kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe</p>	<p>W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione następującym kategoriom odbiorców:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>na podstawie art. 28 RODO podmiotom wykonującym czynności zlecone przez SALTUS TU ŻYCIE SA, w szczególności w zakresie: <ol style="list-style-type: none"> <li>pośrednictwa ubezpieczeniowego,</li> <li>oceny ryzyka lub oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą,</li> <li>utrzymania elementów infrastruktury teleinformatycznej, w szczególności systemów informatycznych i aplikacji,</li> <li>zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia,</li> <li>dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,</li> <li>realizacji inicjatyw marketingowych,</li> </ol> </li> <li>podmiotom uprawnionym na podstawie art. 35 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w tym m.in.: <ol style="list-style-type: none"> <li>biegłemu rewidentowi w zakresie wykonywania przez niego zadań ustawowych,</li> <li>innym zakładom ubezpieczeń lub zakładom reasekuracji, z którymi SALTUS TU ŻYCIE SA zawarło umowy koasekuracji lub reasekuracji w zakresie określonych ryzyk,</li> <li>innym zakładom ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym dla przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń,</li> </ol> </li> <li>na podstawie Pani/Pana zgody (jeżeli jest Pani/Pan osobą Ubezpieczoną), w związku z art. 38 i 39 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej: <ol style="list-style-type: none"> <li>podmiotom wykonującym działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu, w ramach i na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub ustalenia prawa do świadczenia lub jego wysokości, w tym w celu weryfikacji informacji podanych przez Ubezpiezonego,</li> <li>Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili Ubezpieczonemu świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym roszczeniem,</li> <li>innym zakładom ubezpieczeń na potrzeby tych zakładów dotyczące oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych uprzednio danych, ustalenia prawa do świadczenia lub wysokości tego świadczenia,</li> </ol> </li> <li>bankom oraz ewentualnym podmiotom pośredniczącym w realizacji transakcji,</li> <li>innym podmiotom, których uprawnienie do żądania udostępnienia danych osobowych wynika z przepisów obowiązującego prawa.</li> </ol>
<p><b>Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego:</b> czy będziemy przekazywać dane osobowe do państwa spoza Europejskiego Obszaru Gospodarczego?</p>	<p>Dane osobowe mogą zostać przekazane do podmiotu w państwie trzecim w związku z ewentualnym wykorzystaniem przez SALTUS TU ŻYCIE SA lub jego usługodawców usług teleinformatycznych oferowanych przez niektóre podmioty. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim nastąpi wyłącznie w przypadkach, gdy państwo takie lub podmiot zapewnią odpowiedni stopień ochrony danych osobowych. Właściwy stopień ochrony w państwie trzecim musi zostać potwierdzony decyzją Komisji Europejskiej. W przypadku braku takiego potwierdzenia przekazanie danych do podmiotu w państwie trzecim może nastąpić wyłącznie, gdy podmiot taki zapewni odpowiednie zabezpieczenia, co zostanie potwierdzone zapisami umownymi, w szczególności z uwzględnieniem zabezpieczeń wskazanych w art. 46 RODO, w tym zatwierdzonych przez właściwy organ nadzorczy wiążących reguł korporacyjnych lub standardowych klauzul ochrony danych osobowych przyjętych przez Komisję Europejską. Przekazanie danych osobowych do podmiotu w państwie trzecim z pominięciem powyższych warunków może nastąpić na podstawie art. 49 RODO w sytuacji, w której będzie niezbędne dla wykonania umowy ubezpieczenia, np. w związku z zapewnieniem Pani/Panu ochrony ubezpieczeniowej na terytorium państwa trzeciego.</p>
<p><b>Okres przechowywania danych osobowych</b> Jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe</p>	<p>Dane osobowe będą przechowywane w ramach dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, tj. przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej. W celach marketingowych dane osobowe będą przetwarzane do czasu wniesienia sprzeciwu wobec ich przetwarzania na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora lub odwołania uprzednio wyrażonej zgody na ich przetwarzanie w tym celu.</p>
<p><b>Zautomatyzowane podejmowanie decyzji</b></p>	<p>Wobec Pani/Pana będą podejmowane decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie danych w ramach oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym ustalenia wysokości składki ubezpieczeniowej na podstawie informacji o zakresie ubezpieczenia, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia, okresu karencji, wieku oraz stanu zdrowia osoby objętej ochroną ubezpieczeniową.</p>
<p><b>Prawa przysługujące osobie,</b> której dane są przetwarzane</p>	<p>W związku z przetwarzaniem danych osobowych <b>Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu</b> przysługują następujące prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych,</li> <li>prawo do sprostowania, uzupełnienia swoich danych osobowych,</li> <li>prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych oraz, w uzasadnionych przypadkach:</li> <li>prawo do usunięcia danych osobowych,</li> <li>prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych,</li> <li>prawo do przenoszenia danych osobowych,</li> <li>prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego na prawnie uzasadnionym interesie administratora,</li> <li>prawo do odwołania w każdym czasie uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych.</li> </ol>
<p><b>Informacja dotycząca przetwarzania danych w celach marketingowych przez inne podmioty powiązane</b></p>	<p>W związku ze współpracą w ramach realizacji usług ubezpieczeniowych z SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (dalej: SALTUS TUW) z siedzibą pod 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 TUW, realizowanych za pośrednictwem wskazanych przez Panią/Pana środków komunikacji, SALTUS TUW będzie administratorem danych. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych, w ramach realizacji własnych celów marketingowych SALTUS TUW mogą być podmioty, którym SALTUS TUW zleci wykonanie określonych czynności w ramach prowadzonych działań marketingowych. Wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych SALTUS TUW jest całkowicie dobrowolne i pozostaje bez wpływu na realizację celów, w jakich Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez SALTUS TU ŻYCIE SA. Przetwarzanie danych osobowych przez SALTUS TUW dla realizacji celów marketingowych na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody będzie następowało do czasu jej odwołania. W sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez SALTUS TUW można kontaktować się z wyznaczonym Inspektorem ochrony danych listownie pod wskazanym wyżej adresem siedziby oraz w dni powszednie w godzinach 9:00 – 15:00 pod numerem telefonu (58) 770 36 90 lub drogą elektroniczną na adres <a href="mailto:iod@saltus.pl">iod@saltus.pl</a>. W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych przez SALTUS TUW w celach marketingowych przysługują Pani/Panu prawa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>odwołania uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie danych,</li> <li>dostępu do danych osobowych, oraz, w uzasadnionych przypadkach:</li> <li>usunięcia danych osobowych,</li> <li>ograniczenia przetwarzania danych osobowych.</li> </ol>

\* 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