

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

nowe przystąpienie zmiana wariantu/opcji

■ INFORMACJE O UBEZPIECZENIU GRUPOWYM

Ubezpieczający (nazwa firmy)

Wariant

opcja pracownicza / indywidualna (składka miesięczna _____ zł)

opcja partnerska (składka miesięczna _____ zł)

opcja rodzinna (składka miesięczna _____ zł)

 / /
Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

(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 i nazwisko

PESEL /nr paszportu (dla cudzoziemców)

Ulica

Nr budynku

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)

 / /
Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

kobieta mężczyzna
Płeć (w przypadku obcokrajowców)

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta)

e-mail

telefon/sms

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

1. Ubezpieczony dodatkowy małżonek / partner dziecko

Imię i nazwisko

PESEL /nr paszportu (dla cudzoziemców)

Ulica

Nr budynku

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon kontaktowy

e-mail

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie)

 / /
Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców)

kobieta mężczyzna
Płeć (w przypadku obcokrajowców)

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta)

e-mail

telefon/sms

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

2. Ubezpieczony dodatkowy dziecko

Imię i nazwisko _____ PESEL /nr paszportu (dla cudzoziemców) _____

Ulica _____ Nr budynku _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon kontaktowy _____ e-mail _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) D D / M M / R R R R Pleć (w przypadku obcokrajowców) kobieta mężczyzna

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta)

e-mail _____ telefon/sms _____

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

3. Ubezpieczony dodatkowy dziecko

Imię i nazwisko _____ PESEL /nr paszportu (dla cudzoziemców) _____

Ulica _____ Nr budynku _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon kontaktowy _____ e-mail _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) D D / M M / R R R R Pleć (w przypadku obcokrajowców) kobieta mężczyzna

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta)

e-mail _____ telefon/sms _____

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

4. Ubezpieczony dodatkowy dziecko

Imię i nazwisko _____ PESEL /nr paszportu (dla cudzoziemców) _____

Ulica _____ Nr budynku _____ Nr lokalu _____ Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Telefon kontaktowy _____ e-mail _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) D D / M M / R R R R Pleć (w przypadku obcokrajowców) kobieta mężczyzna

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta)

e-mail _____ telefon/sms _____

■ OŚWIADCZENIA

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 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 (z wyłączeniem wyników badań genetycznych) 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 udzieliłi 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.

Data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 4

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 Funduszu Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzieliłi 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 lub wykonaniem 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.
6. 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 wydanego przez sąd, sąd polubowny lub inny organ właściwy do rozpoznawania spraw danego rodzaju, albo orzeczenia stwierdzającego ugodę zawartą przed mediatorem. Termin ten ulega wyłączeniu 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 zleca 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. 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.

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

Centrum Umawiania Wizyt (dla ubezpieczeń zdrowotnych): 58 770 36 92 lub 801 005 777, e-mail: zdrowie@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 Gołąbek, Mariusz Czajka. Kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł.

W związku z prz etwarzaniem 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. przenoszenia danych osobowych;
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych.

■ DODATKOWE OŚWIADCZENIA - ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

TREŚĆ OŚWIADCZENIA	Ubezpieczony Główny	Ubezpieczony dodatkowy 1	Ubezpieczony dodatkowy 2	Ubezpieczony dodatkowy 3	Ubezpieczony dodatkowy 4
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, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
poczty elektronicznej	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
telefonu	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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:					
usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
poczty elektronicznej	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
telefonu	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
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:					
usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
poczty elektronicznej	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
telefonu	<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"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

Data

Podpis Ubezpieczonego Głównego Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1 Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2 Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3 Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 4

■ POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do administrowania polisą

Pieczęć i podpis

Imię i nazwisko przedstawiciela Towarzystwa

Pieczęć i podpis