

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA
ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE / DECLARATION OF JOINING
THE GROUP HEALTH INSURANCE SALTUS ZDROWIE**

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE
ZDROWOTNE SALTUS ZDROWIE /
GROUP HEALTH INSURANCE
SALTUS HEALTH**
DE/6/1907/NG/5

nowe przystąpienie / new access zmiana wariantu/opcji / variant/option change

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU GRUPOWYM / INFORMATION ABOUT GROUP INSURANCE:

Ubezpieczający (nazwa firmy) /
Policyholder (company name)

Wariant /
Variant

opcja pracownicza/indywidualna / employee/individual option (składka miesięczna / monthly premium _____ zł / PLN)

opcja partnerska / partnership option (składka miesięczna / monthly premium _____ zł / PLN)

opcja rodzinna / family option (składka miesięczna / monthly premium _____ zł / PLN)

 D D M M R R R R R R

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej / Insurance coverage commencement date

(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) / (insurance coverage begins on the first day of the next month on the condition of submitting a declaration of joining the insurance and paying for the Insured's premiums no later than by the 20th day of the month preceding the commencement of insurance cover).

**DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO (PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO) /
DATA OF THE PRIMARY INSURED (OF THE EMPLOYEE BEING INSURED)**

(jeżeli Ubezpieczony Główny przystąpił już wcześniej do ubezpieczenia grupowego, wystarczy podać Imię, Nazwisko i PESEL) / (if the Primary Insured has already joined the group insurance, it is sufficient to provide the Name, Surname and PESEL number)

Imię i nazwisko /
Name and surname

PESEL/nr paszportu (dla cudzoziemców) /
PESEL / passport number (for foreigners)

Ulica /
Street

Nr budynku /
Street Number

Nr lokalu

Kod pocztowy /
Postal code

Miejscowość /
City/Town

Telefon kontaktowy /
Phone

e-mail

kobieta /
female mężczyzna /
male

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) /
Citizenship (if different from Polish)

Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) /
Date birth (in the case of foreigners)

Płeć (w przypadku obcokrajowców) /
Gender (for foreigners)

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta) /
Preferred form of contact (select „x”): (providing the contact will allow you to make an appointment and send the identification number that allows you to log in to the Customer Account)

e-mail

telefon/sms / phone/sms

DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

1. Ubezpieczony dodatkowy
1. Additional insured

małżonek/partner /
spouse/partner

dziecko /
minor

Imię i nazwisko /
Name and surname

PESEL/nr paszportu (dla cudzoziemców) /
PESEL / passport number (for foreigners)

Ulica /
Street

Nr budynku /
Street Number

Nr lokalu

Kod pocztowy /
Postal code

Miejscowość /
City/Town

Telefon kontaktowy /
Phone

e-mail

kobieta /
female mężczyzna /
male

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) /
Citizenship (if different from Polish)

Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) /
Date birth (in the case of foreigners)

Płeć (w przypadku obcokrajowców) /
Gender (for foreigners)

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta) /
Preferred form of contact (select „x”): (providing the contact will allow you to make an appointment and send the identification number that allows you to log in to the Customer Account)

e-mail

telefon/sms /
phone/sms

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

2 Ubezpieczony dodatkowy dziecko /
2. Additional insured minor

Imię i nazwisko /
Name and surname _____ PESEL/nr paszportu (dla cudzoziemców) /
PESEL / passport number (for foreigners) _____

Ulica /
Street _____ Nr budynku /
Street Number _____ Nr lokalu
_____ Kod pocztowy /
Postal code _____ Miejscowość /
City/Town _____

Telefon kontaktowy /
Phone _____ e-mail _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) /
Citizenship (if different from Polish) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) /
Date birth (in the case of foreigners) _____ Płeć (w przypadku obcokrajowców) /
Gender (for foreigners) _____ kobieta /
female mężczyzna /
male

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta) /
Preferred form of contact (select „x”): (providing the contact will allow you to make an appointment and send the identification number that allows you to log in to the Customer Account)

e-mail _____ telefon/sms /
phone/sms _____

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

3. Ubezpieczony dodatkowy dziecko /
3. Additional insured minor

Imię i nazwisko /
Name and surname _____ PESEL/nr paszportu (dla cudzoziemców) /
PESEL / passport number (for foreigners) _____

Ulica /
Street _____ Nr budynku /
Street Number _____ Nr lokalu
_____ Kod pocztowy /
Postal code _____ Miejscowość /
City/Town _____

Telefon kontaktowy /
Phone _____ e-mail _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) /
Citizenship (if different from Polish) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) /
Date birth (in the case of foreigners) _____ Płeć (w przypadku obcokrajowców) /
Gender (for foreigners) _____ kobieta /
female mężczyzna /
male

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta) /
Preferred form of contact (select „x”): (providing the contact will allow you to make an appointment and send the identification number that allows you to log in to the Customer Account)

e-mail _____ telefon/sms /
phone/sms _____

■ DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI)

4 Ubezpieczony dodatkowy dziecko /
4. Additional insured minor

Imię i nazwisko /
Name and surname _____ PESEL/nr paszportu (dla cudzoziemców) /
PESEL / passport number (for foreigners) _____

Ulica /
Street _____ Nr budynku /
Street Number _____ Nr lokalu
_____ Kod pocztowy /
Postal code _____ Miejscowość /
City/Town _____

Telefon kontaktowy /
Phone _____ e-mail _____

Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) /
Citizenship (if different from Polish) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) /
Date birth (in the case of foreigners) _____ Płeć (w przypadku obcokrajowców) /
Gender (for foreigners) _____ kobieta /
female mężczyzna /
male

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): (podanie kontaktu umożliwi umówienie wizyty i przesłanie numeru identyfikacyjnego pozwalającego na zalogowanie na Konto Klienta) /
Preferred form of contact (select „x”): (providing the contact will allow you to make an appointment and send the identification number that allows you to log in to the Customer Account)

e-mail _____ telefon/sms /
phone/sms _____

■ OŚWIADCZENIA / DECLARATIONS

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. / I hereby consent to the accession to the group health insurance contract concluded by the Insuring Party with SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (hereinafter referred to as SALTUS TUW), on the basis of the General Terms and Conditions of the SALTUS ZDROWIE Group Health Insurance (including the General Conditions of Additional Group Health Insurance SALTUS ZDROWIE), in force on submit a declaration of accession to the insurance, the content of which I have read and declare that I understand and fully accept them. All information contained in this declaration and other documents required by SALTUS TUW is true and was provided by me in good faith in order to join the group insurance.

Potwierdzam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zostały mi doręczone w postaci papierowej: / I confirm that before the conclusion of the insurance contract, in accordance with the requirements of the Insurance Distribution Act, the following were delivered to me in paper form:

- informacje dotyczące dystrybutora ubezpieczeń oraz informacje o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozpatrywania sporów, / information on the insurance distributor and information on the possibility of submitting a complaint, lodging a complaint and out-of-court dispute resolution,
- ustandaryzowany Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym. / standardized document containing information about the insurance product.

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. / I consent to providing SALTUS TUW with, in order to determine the right to the benefit under the insurance contract and the amount of this benefit, the medical documentation about my health (excluding the results of genetic tests) and to share with SALTUS TUW Asekuracji Sp. z o.o. with its seat in Sopot, in connection with the performance of the insurance contract, the information on the type, number and date of medical services provided by doctors, medical facilities and health care institutions to me.

Wyrażam zgodę, na zasięgnięcie 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 udzielą 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. / I consent to SALTUS TUW based in Sopot, during my life or after my death, obtaining information from the National Health Fund about the names and addresses of service providers who have provided or will provide me with health care services in connection with an accident or random event that is the basis for determining the liability of SALTUS TUW based in Sopot and the amount of compensation or benefits.

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. / In addition, I consent to disclosing to SALTUS TUW based in Sopot by another insurance company, as well as sharing with another insurance company (at its written request) by SALTUS TUW based in Sopot, my personal data to the extent necessary to assess the insurance risk and verify the data provided by me, determination of the right to benefit under the concluded insurance contract and the amount of this benefit, as well as to providing information held by the Insurance Company about the cause of my death or information necessary to determine the right of the beneficiary to the benefit under the insurance contract and its amount.

Data /
Date

Podpis Ubezpieczonego Głównego /
Signature of the Primary Insured

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1 /
Signature of the Additional Insured 1

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2 /
Signature of the Additional Insured 2

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3 /
Signature of the Additional Insured 3

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 4 /
Signature of the Additional Insured 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: / In carrying out the obligation arising from Article 13 of the Regulation of the European Parliament and of the Council (EU) 2016/679 of 27 April 2016 on the protection of individuals with regard to the processing of personal data and on the free movement of such data and repealing Directive 95/46 / EC (hereinafter referred to as: GDPR) we inform that:

- 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. / The Administrator of your personal data is SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (hereinafter: SALTUS TUW or Towarzystwo) with its registered office in Sopot, address: 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. / Your personal data will be processed in order to join the insurance contract, its performance, including insurance risk assessment pursuant to Article 41 of the Polish Act of September 11, 2015 on Insurance and Reinsurance Activities, as well as performing other insurance activities under this Act and obligations to store insurance documentation for the period related to the limitation of claims under the concluded insurance contract.
- 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. / Providing your personal data is necessary for the process of joining the insurance contract and its performance, and the refusal to provide it prevents you from being covered by insurance.
- 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. / Based on the legitimate interest referred to in Art. 6 section 1 subsection f) of GDPR, SALTUS TUW, as the data controller, will process your personal data for marketing purposes, including marketing analysis and offering its own services and products via postal services. Presentation of the SALTUS TUW offer via e-mail or by phone requires your voluntary consent.

W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione: / In connection with the implementation of the above purposes, your personal data may be made available:

1. innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą; / to other insurance companies on the basis of applicable law or with your consent;
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; / to entities performing medical activities as part of and for the purposes of insurance risk assessment, verification of the provided health information or determination of the right to benefit and the amount of this benefit based on your consent;
3. Narodowemu Funduszowi Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzieliłi świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie Pani/Pana zgody; / to the National Health Fund in order to determine the service providers who have provided health care services related to the claim submitted to the insurance company on the basis of your consent;
4. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie: / to entities performing activities commissioned by the data administrator, in particular in the field of:
 - a. pośrednictwa ubezpieczeniowego, / insurance brokerage,
 - b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą, / assessment of insurance risk or assessment of the consequences of events in connection with the conclusion or performance of an insurance contract, including entities performing medical activities,
 - c. utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych, / maintenance of elements of IT infrastructure, including IT systems,
 - d. zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia, / management of documentation, including its storage and destruction,
 - e. dochodzenia roszczeń zakładu ubezpieczeń z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej,
 - f. realizacji inicjatyw marketingowych, / implementation of marketing initiatives,
 - g. realizacji procesu obsługi umowy ubezpieczenia. / the process of servicing the insurance contract.
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. / to other entities authorized to receive information covered by insurance secrecy on the basis of a legal provision, indicated in Article 35 section 2 of the Polish Act of 11 September 2015 on Insurance and Reinsurance activities in the manner and on the terms described therein.

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 zleć 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.

Insurance and Reinsurance activities in the manner and on the terms described therein. Your personal data in connection with the insurance contract will be kept by or on behalf of and for the benefit of SALTUS TUW for the period resulting from the limitation period for claims, which is 10 years from the date of termination of insurance protection, or from the date of validation of the judgment stating the claim issued by a court, arbitration court or other authority competent to hear cases of a given type, or by a decision confirming a settlement concluded before a mediator. This period is extended in cases where an event occurs that interrupts its course, including the filing of a claim or the initiation of court proceedings.

In addition, in connection with the cooperation in the implementation of insurance services with SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (hereinafter: SALTUS TU ŻYCIE SA) and Asekuracja sp. z o.o. with its seat at the same address: ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, we would like to inform you that if you consent to the processing of personal data for the marketing purposes of SALTUS TU ŻYCIE SA or Asekuracja sp. z o.o., carried out through the means of communication indicated by you, SALTUS TU ŻYCIE SA or Asekuracja sp. z o.o. respectively will be the data controllers. The recipients of your personal data, as part of the implementation of its own marketing goals of SALTUS TU ŻYCIE SA or Asekuracja sp. z o.o., may be entities that have been tasked with performing certain activities as part of business operations by SALTUS TU ŻYCIE SA or Asekuracja sp. z o.o.. Expressing consent to the processing of personal data for the marketing purposes of SALTUS TU ŻYCIE SA or Asekuracja sp. z o.o. is completely voluntary and does not affect the implementation of the purposes for which your personal data will be processed by SALTUS TUW.

The processing of personal data by individual data administrators for the implementation of marketing purposes on the basis of your consent will take place until its cancellation, and – in the case of data processing for marketing purposes by SALTUS TUW – on the basis of the legitimate interest of the data administrator, until you object to the processing data for this purpose.

In all matters related to the processing of your personal data by SALTUS TUW or SALTUS TU ŻYCIE SA, you can contact the designated data protection officer at the address of the registered office indicated above, as well as on weekdays from 9:00 a.m. to 3:00 p.m. at the helpline number (58) 770 36 90 or 801 888 666 or by e-mail at iod@saltus.pl. In matters related to the processing of your personal data by Asekuracja sp. z o.o., you can contact the designated data protection officer at the registered office address indicated above and on weekdays from 9:00 a.m. to 3:00 p.m. at the telephone number (58) 772 72 00 or by e-mail at iod@asekuracja.pl.

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: / In connection with the processing of your personal data, you have the right to withdraw your prior consent to the processing of your personal data at any time with respect to each of the data controllers, the right to intervene with the data controller in connection with suspicion or confirmation of unlawful processing personal data or lodging a complaint to the President of the Personal Data Protection Office, as well as, in the manner and on the terms described in Article 15 - 21 GDPR, the right to:

1. dostępu do swoich danych oraz uzyskania informacji; / accessing your data and obtaining information;
2. sprostowania swoich danych osobowych, jeśli są nieprawidłowe lub ich uzupełnienia; / rectifying your personal data if it is incorrect or supplement it;
3. usunięcia swoich danych osobowych; / deleting your personal data;
4. ograniczenia przetwarzania Pani/Pana danych osobowych; / restricting the processing of your personal data;
5. przenoszenia danych osobowych; / transferring of your personal data.
6. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych, gdy dane są przetwarzane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu administratora danych. / objecting to the processing of personal data when the data is processed on the basis of the legitimate interest of the data controller.

**■ DODATKOWE OŚWIADCZENIA - ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH /
ADDITIONAL DECLARATIONS - CONSENT FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA FOR MARKETING PURPOSES**

TREŚĆ OŚWIADCZENIA / CONTENTS OF THE DECLARATION	Ubezpieczony Główny / the Primary Insured	Ubezpieczony dodatkowy 1 / Additional Insured 1	Ubezpieczony dodatkowy 2 / Additional Insured 2	Ubezpieczony dodatkowy 3 / Additional Insured 3	Ubezpieczony dodatkowy 4 / Additional Insured 4
<p>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: / I consent to the processing of my personal data by SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych based in Sopot (hereinafter: SALTUS TUW) for marketing purposes, including receiving commercial information regarding products or services offered by SALTUS TUW via:</p> <p>usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej / postal services after the end of insurance cover</p> <p>poczty elektronicznej / electronic mail</p> <p>telefonu / phone</p>	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO
<p>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: / I consent to the processing of my personal data by SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna (hereinafter: SALTUS TU ŻYCIE SA) for marketing purposes, including receiving commercial information regarding products or services offered by SALTUS TU ŻYCIE SA via:</p> <p>usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej / postal services after the end of insurance cover</p> <p>poczty elektronicznej / electronic mail</p> <p>telefonu / phone</p>	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO
<p>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: / consent to the processing of my personal data by Asekuracja sp. z o.o. based in Sopot (hereinafter Asekuracja) for marketing purposes, including receiving commercial information sent by Asekuracja regarding financial products or services, including insurance products and services offered through Asekuracja via:</p> <p>usług pocztowych, po ustaniu ochrony ubezpieczeniowej / postal services after the end of insurance cover</p> <p>poczty elektronicznej / electronic mail</p> <p>telefonu / phone</p>	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO	<input type="checkbox"/> TAK YES <input type="checkbox"/> NIE NO

DDMMRRRR
Data /
Date

Podpis Ubezpieczonego Głównego / Signature of the Primary Insured	Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1 / Signature of the Additional Insured 1	Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2 / Signature of the Additional Insured 2	Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3 / Signature of the Additional Insured 3	Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 4 / Signature of the Additional Insured 4
--	--	--	--	--

**■ POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA /
CONFIRMATION OF ACCEPTANCE OF THE DECLARATION OF ACCESSION:**

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do administrowania polisą /
Name and surname of the person authorized to administer the policy

Pieczętka i podpis /
Stamp and signature

Imię i nazwisko przedstawiciela Towarzystwa /
Name and surname of the representative of the Towarzystwo

Pieczętka i podpis /
Stamp and signature