

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA

☐ nowe przystąpienie ☐ zmiana wariantu ☐ zmiana opcji

■ INFORMACJE O UBEZPIECZENIU

Ubezpieczający (nazwa firmy) _____

Nazwa Wariantu _____

☐ **opcja pracownicza / standardowa** (składka miesięczna _____ zł)

☐ **opcja partnerska** (składka miesięczna _____ zł)

☐ **opcja rodzinna** (składka miesięczna _____ zł)

0 1 M M R R R R
Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej

(ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia kolejnego miesiąca, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczonego Głównego oraz złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i opłacenia za Ubezpieczonego/ych składki nie później niż do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej)

■ DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO (PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO)

Jeżeli Ubezpieczony Główny jest już objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach tego ubezpieczenia, wystarczy podać Imię, Nazwisko i PESEL.

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

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

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

UWAGA! Należy wskazać preferowaną formę kontaktu spośród danych Ubezpieczonego Głównego: adres e-mail lub numer telefonu kontaktowego*. Jest to warunek konieczny do prawidłowej obsługi ubezpieczenia, w tym przesłania numeru identyfikacyjnego (wysyłanego SMS-em na numer telefonu kontaktowego lub na adres e-mail), w celu zalogowania się do Konta Klienta oraz umawiania usług medycznych.**

☐ Telefon kontaktowy _____ ☐ e-mail _____

* należy zaznaczyć „X” przy co najmniej jednej formie kontaktu: e-mail lub tel. kontaktowy

** Numer identyfikacyjny nie jest nadawany w wariantach PERŁOWY i PERŁOWY PLUS

■ DANE POZOSTAŁYCH UBEZPIECZONYCH W OPCJI PARTNERSKIEJ LUB RODZINNEJ (MAŁŻONEK / PARTNER / DZIECKO)

W opcji partnerskiej ubezpieczeniem objęty jest Pracownik oraz jedna osoba – małżonek (partner) lub dziecko Pracownika.

W opcji rodzinnej ubezpieczeniem objęci są: Pracownik, małżonek (partner) oraz dzieci Pracownika.

W przypadku zgłoszenia do ubezpieczenia większej liczby dzieci, należy wypełnić dodatkową deklarację przystąpienia do ubezpieczenia.

1. Ubezpieczony ☐ małżonek / partner ☐ dziecko

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

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

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

UWAGA! Należy wskazać preferowaną formę kontaktu spośród danych Ubezpieczonego: adres e-mail lub numer telefonu kontaktowego*. Jest to warunek konieczny do prawidłowej obsługi ubezpieczenia, w tym przesłania numeru identyfikacyjnego (wysyłanego SMS-em na numer telefonu kontaktowego lub na adres e-mail), w celu zalogowania się do Konta Klienta oraz umawiania usług medycznych.**

☐ Telefon kontaktowy _____ ☐ e-mail _____

* należy zaznaczyć „X” przy co najmniej jednej formie kontaktu: e-mail lub tel. kontaktowy

** Numer identyfikacyjny nie jest nadawany w wariantach PERŁOWY i PERŁOWY PLUS

2. Ubezpieczony ☐ dziecko

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

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

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

Płeć (w przypadku obcokrajowców) ☐ kobieta ☐ mężczyzna

UWAGA! Należy wskazać preferowaną formę kontaktu spośród danych Ubezpieczonego: adres e-mail lub numer telefonu kontaktowego*. Jest to warunek konieczny do prawidłowej obsługi ubezpieczenia, w tym przesyłania numeru identyfikacyjnego (wysyłanego SMS-em na numer telefonu kontaktowego lub na adres e-mail), w celu zalogowania się do Konta Klienta oraz umawiania usług medycznych.**

☐ Telefon kontaktowy _____ ☐ e-mail _____

* należy zaznaczyć „X” przy co najmniej jednej formie kontaktu: e-mail lub tel. kontaktowy
** Numer identyfikacyjny nie jest nadawany w wariantach PERŁOWY i PERŁOWY PLUS

3. Ubezpieczony ☐ dziecko

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

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

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

Płeć (w przypadku obcokrajowców) ☐ kobieta ☐ mężczyzna

UWAGA! Należy wskazać preferowaną formę kontaktu spośród danych Ubezpieczonego: adres e-mail lub numer telefonu kontaktowego*. Jest to warunek konieczny do prawidłowej obsługi ubezpieczenia, w tym przesyłania numeru identyfikacyjnego (wysyłanego SMS-em na numer telefonu kontaktowego lub na adres e-mail), w celu zalogowania się do Konta Klienta oraz umawiania usług medycznych.**

☐ Telefon kontaktowy _____ ☐ e-mail _____

* należy zaznaczyć „X” przy co najmniej jednej formie kontaktu: e-mail lub tel. kontaktowy
** Numer identyfikacyjny nie jest nadawany w wariantach PERŁOWY i PERŁOWY PLUS

4. Ubezpieczony ☐ dziecko

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

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

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

Płeć (w przypadku obcokrajowców) ☐ kobieta ☐ mężczyzna

UWAGA! Należy wskazać preferowaną formę kontaktu spośród danych Ubezpieczonego: adres e-mail lub numer telefonu kontaktowego*. Jest to warunek konieczny do prawidłowej obsługi ubezpieczenia, w tym przesyłania numeru identyfikacyjnego (wysyłanego SMS-em na numer telefonu kontaktowego lub na adres e-mail), w celu zalogowania się do Konta Klienta oraz umawiania usług medycznych.**

☐ Telefon kontaktowy _____ ☐ e-mail _____

* należy zaznaczyć „X” przy co najmniej jednej formie kontaktu: e-mail lub tel. kontaktowy
** Numer identyfikacyjny nie jest nadawany w wariantach PERŁOWY i PERŁOWY PLUS

■ ZGODY I OŚWIADCZENIA

Niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego SALTUS ZDROWIE, zawartego przez Ubezpieczającego z SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych z siedzibą w Sopocie (zwane dalej: SALTUS TUW), na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE (dalej: OWU) wraz ze skorowidzem, obowiązujących w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, stanowiące podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, z których treścią zapoznałem(-am) się. Oświadczam, że w pełni akceptuję treść tych OWU. 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, za pośrednictwem poczty elektronicznej:

1. zostały mi udostępnione informacje dotyczące dystrybutora ubezpieczeń, w tym o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozpatrywania sporów,
2. został mi przekazany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

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 Gołąbek, Mariusz Czajka. Kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł.



Wyrażam zgodę na zasięganie przez SALTUS TUW, za mojego życia – w związku z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia – informacji o moim stanie zdrowia (z wyłączeniem badań genetycznych) obejmujących lub dotyczących:

- przyczyn hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia,
- przyczyn leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia,
- wyników przeprowadzonych konsultacji,
- u każdego lekarza, u którego leczylem(-am) się lub leczę albo zasięgałem(-am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych*.

☐ TAK ☐ NIE

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

☐ TAK ☐ NIE

Wyrażam zgodę 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*.

☐ TAK ☐ NIE

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie SALTUS TUW przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (na jego pisemne żądanie) przez SALTUS TUW 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.

☐ TAK ☐ NIE

*** Zgody są wymagane przez SALTUS TUW w celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia. Brak zgody na zasięganie informacji o stanie zdrowia skutkuje podwyższonym ryzykiem ubezpieczeniowym i brakiem możliwości przystąpienia do umowy ubezpieczenia.**

Data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Podpis Ubezpieczonego 1

Podpis Ubezpieczonego 2

Podpis Ubezpieczonego 3

Podpis Ubezpieczonego 4

■ DODATKOWE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH W CELACH MARKETINGOWYCH

TREŚĆ ZGODY	Ubezpieczony Główny	Ubezpieczony 1	Ubezpieczony 2	Ubezpieczony 3	Ubezpieczony 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	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
poczty elektronicznej	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
telefonu	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ 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	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
poczty elektronicznej	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE
telefonu	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE	☐ TAK ☐ NIE

Data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Podpis Ubezpieczonego 1

Podpis Ubezpieczonego 2

Podpis Ubezpieczonego 3

Podpis Ubezpieczonego 4

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.

**TOWARZYSTWO
UBEZPIECZONYCH**

INFORMACJA W SPRAWIE ZASAD PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH W ZWIĄZKU Z PRZYSTĄPIENIEM DO UMOWY UBEZPIECZENIA

Administrator (podmiot, który odpowiada za przetwarzanie danych osobowych)	SALTUS Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (w dalszej części: SALTUS T UW) ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot tel. (58) 770 36 90, tel. 801 888 666 e-mail: info@saltus.pl
Inspektor ochrony danych (osoba kontaktowa w sprawach przetwarzania danych osobowych)	tel. (58) 770 36 90, e-mail: iod@saltus.pl
Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych	SALTUS T UW przetwarza dane osobowe Ubezpieczonego: - na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w celach: - przystąpienia do umowy ubezpieczenia i jej wykonania; - oceny ryzyka ubezpieczeniowego; - przeciwdziałania przestępstwom popełnianym na szkodę zakładu ubezpieczeń; - statystycznych, w tym związanych z ustalaniem wysokości składek ubezpieczeniowych; - na podstawie ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego, o Rzeczniku Finansowym i o Funduszu Edukacji Finansowej, w celu obsługi ewentualnych reklamacji; - na podstawie prawnie uzasadnionego interesu określonego w art. 6 ust. 1 lit. f RODO, w celach: - marketingu bezpośredniego, w tym komunikowania oferty oraz analizy marketingowej (w tym profilowania), której celem jest rozwój i dostosowanie oferty ubezpieczeniowej do indywidualnych potrzeb; - ustalenia, dochodzenia roszczeń SALTUS T UW lub obrony przed ewentualnymi roszczeniami; - obsługi korespondencji kierowanej do SALTUS T UW, w tym elektronicznej; - na podstawie uprzednio wyrażonej zgody, w celach: - marketingu bezpośredniego, w tym komunikowania oferty oraz analizy marketingowej (w tym profilowania), której celem jest rozwój i dostosowanie oferty ubezpieczeniowej do indywidualnych potrzeb; - ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, poprzez uzyskiwanie informacji dotyczących zdrowia Ubezpieczonego od podmiotów medycznych, które udzieliły mu świadczeń opieki zdrowotnej oraz uzyskiwania informacji o takich podmiotach medycznych z Narodowego Funduszu Świadczeń Socjalnych; - związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez Ubezpieczonego danych lub ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia, poprzez wymianę informacji z innymi zakładami ubezpieczeń. Podanie danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i jej wykonywania, a odmowa ich podania uniemożliwia objęcie ochroną ubezpieczeniową.
Odbiorcy danych (kategorie podmiotów, którym zakład ubezpieczeń udostępnia dane osobowe)	Odbiorcami danych osobowych Ubezpieczonego mogą być: - podmioty wykonujące czynności zlecone przez Towarzystwo, w tym w zakresie: - dystrybucji ubezpieczeń; - oceny ryzyka ubezpieczeniowego; w tym podmiotom wykonującym działalność leczniczą; - likwidacji roszczeń, w tym oceny skutków zdarzeń ubezpieczeniowych; - utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów i aplikacji; - zarządzania dokumentacją, w tym w zakresie jej przechowywania i niszczenia; - ustalenia i dochodzenia roszczeń SALTUS T UW z tytułu prowadzonej działalności lub obrony przed roszczeniami; - realizacji inicjatyw marketingowych; - realizacji procesu obsługi umowy ubezpieczenia; - podmioty wykonujące 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 zgody Ubezpieczonego; - Narodowy Fundusz Zdrowia w celu ustalenia świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń opieki zdrowotnej związanych ze zgłoszonym do zakładu ubezpieczeń roszczeniem na podstawie zgody Ubezpieczonego; - inne zakłady ubezpieczeń na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji danych, ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, na podstawie zgody Ubezpieczonego; - banki oraz ewentualne podmioty pośredniczące w realizacji transakcji; - podmioty pośredniczące w wymianie korespondencji, w tym prowadzonej w formie elektronicznej; inne podmioty upoważnione do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wskazane w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w trybie i na zasadach tam opisanych.
Informacja dotycząca przekazywania danych osobowych do państwa trzeciego	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. Przekazanie danych może nastąpić także na warunkach określonych w art. 49 RODO.

Okres przechowywania danych osobowych: jak długo będziemy posiadać Pani/Pana dane osobowe	1. Dane osobowe w związku z umową ubezpieczenia będą przechowywane przez okres 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej. 2. 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. Sprzeciwu/odwołania zgody można dokonać telefonicznie na numer (58) 770 36 90 lub 801 888 666, lub email: info@saltus.pl.
Zautomatyzowane podejmowanie decyzji	Wobec Ubezpieczonego możemy podejmować decyzje oparte wyłącznie o zautomatyzowane przetwarzanie danych. Mogą one dotyczyć profilowania w celach marketingowych. Ich efektem może być utworzenie profilu marketingowego Ubezpieczonego w oparciu o informacje dotyczące jego preferencji w obszarze naszej działalności oraz kierowanie do Ubezpieczonego indywidualnie dostosowanych komunikatów marketingowych.
Prawa przysługujące osobie, której dane są przetwarzane	W związku z przetwarzaniem danych osobowych Ubezpieczonego przysługują następujące prawa: 1. prawo dostępu do swoich danych oraz uzyskania kopii danych; 2. prawo do sprostowania lub uzupełnienia swoich danych; 3. prawo odwołania uprzednio wyrażonej zgody na przetwarzanie danych osobowych; 4. prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych; oraz w uzasadnionych przypadkach: 1. prawo do usunięcia danych osobowych; 2. prawo do ograniczenia przetwarzania danych osobowych; 3. prawo do przenoszenia danych osobowych; 4. prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych opartego o przesłankę prawnie uzasadnionego interesu administratora; 5. prawo do uzyskania interwencji ludzkiej ze strony administratora, do wyrażenia własnego stanowiska oraz do zakwestionowania decyzji podjętej w sposób zautomatyzowany.
Przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych przez podmioty powiązane z SALTUS TUW	W przypadku udzielenia dobrowolnej zgody, SALTUS TU ŻYCIE SA jako odrębny administrator, będzie mógł przetwarzać Pani/Pana dane osobowe w celach marketingowych własnych produktów lub usług. Przetwarzanie takie będzie mogło wiązać się ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, w tym profilowaniem, na podstawie informacji dotyczących Pani/Pana preferencji, w celu ewentualnego komunikowania indywidualnie dostosowanego przekazu marketingowego. Odbiorcami Pani/Pana danych będą mogły być podmioty, którym SALTUS TU ŻYCIE SA zleci wykonanie czynności w ramach prowadzonych działań marketingowych. W związku z przetwarzaniem danych przez SALTUS TU ŻYCIE SA, w trybie art. 8 oraz 15-22 RODO przysługują Pani/Panu prawa: odwołania w dowolnym czasie zgody na przetwarzanie danych w celach marketingowych; dostępu do danych oraz uzyskania ich kopii; usunięcia danych; sprostowania lub uzupełnienia danych; ograniczenia przetwarzania danych; wyjaśnienia lub zakwestionowania decyzji podjętej w sposób zautomatyzowany, a także wyrażenia własnego stanowiska co do tak podjętej decyzji oraz uzyskania interwencji ludzkiej w tym zakresie. W celu ich realizacji należy skontaktować się z: 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) lub z Inspektorem ochrony danych pod tym samym adresem lub za pośrednictwem poczty elektronicznej iod@saltus.pl