

## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS ZDROWIE

**DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:**

Data wpływu do Towarzystwa: .....

Nazwa ..... REGON/NIP ..... KRS/CDGIE .....

Adres siedziby (ulica, nr domu/lokalu) .....

Kod pocztowy ..... Miejscowość .....

**OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO DO KONTAKTU I ADMINISTROWANIA POLISĄ:**

Imię i nazwisko ..... tel. kontaktowy ..... e-mail .....

**Forma ubezpieczenia:** umowa grupowa zawierana przez Ubezpieczającego na cudzy rachunek

**Początek okresu ubezpieczenia :** ..... - ..... - .....  
 DD MM RRRR

Wariant ubezpieczenia zdrowotnego	Opcja ubezpieczenia zdrowotnego	Liczba pracowników przystępujących do ubezpieczenia	Ubezpieczenia dodatkowe		
			NNW	REHABILITACJA	WIZYTY DOMOWE
BIAŁY	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
POMARAŃCZOWY	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
ŻÓŁTY	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
ZIELONY	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
BŁĘKITNY	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi		
NIEBIESKI	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
CZERWONY	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
.....	PRACOWNICZA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
	RODZINNA		<input type="checkbox"/> mini <input type="checkbox"/> midi <input type="checkbox"/> maxi	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> tak
<b>Łączna liczba pracowników przystępujących do ubezpieczenia</b>		<b>Ogólna liczba zatrudnionych na podstawie umowy o pracę</b>	<b>Średni wiek pracowników przystępujących do ubezpieczenia</b>		

Kryterium zdefiniowania podgrup (rodzaj wykonywanej pracy, zajmowane stanowisko, inne): .....

**Warunki dodatkowe lub odmiennie od ogólnych warunków ubezpieczenia:**

Składka z tytułu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego płatna miesięcznie z góry, do 20 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc, za który jest należna

**ZAŁĄCZNIKI:**  deklaracje przystąpienia szt .....

## UBEZPIECZENIE DODATKOWE

### MEDYCYNA PRACY

TAK

NIE

Składka z tytułu ubezpieczenia medycyny pracy płatna miesięcznie z dołu, do 5 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

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, jako Członka Towarzystwa będą przetwarzane przez SALTUS TUW na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w celu realizacji jego zadań statutowych.

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, 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 zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, a odmowa ich podania uniemożliwia zawarcie umowy.

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.

W związku z realizacją powyższych celów Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione:

1. podmiotom wykonującym czynności zlecone przez administratora danych, w szczególności w zakresie:
  - a. pośrednictwa ubezpieczeniowego,
  - b. oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
  - 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.
2. 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.

W ramach procesu realizacji umowy ubezpieczenia wobec Pani/Pana będą podejmowane decyzje oparte na zautomatyzowanym przetwarzaniu danych osobowych w zakresie automatycznego przedłużenia umowy ubezpieczenia w sytuacji braku złożenia oświadczenia o nieprzedłużaniu danej umowy na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Konsekwencją decyzji będzie kontynuacja umowy ubezpieczenia.

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 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](mailto: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](mailto:iod@asekuracja.pl)

W związku z przetwarzaniem 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.

Składając niniejszy wniosek Ubezpieczający oświadcza, że znana jest mu treść i zostały mu doręczone Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE, Ogólne Warunki Dodatkowych Grupowych Ubezpieczeń SALTUS ZDROWIE oraz Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – Medycyna Pracy, stanowiące podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że akceptuje treść tych warunków ubezpieczenia. Ubezpieczający potwierdza, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia zgodnie z wymogami ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, zostały mu 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.

Niniejszym oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach, składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową członków grupy, są zgodne z prawdą i podane do wiadomości Towarzystwa zgodnie z posiadanym pełnomocnictwem do reprezentowania Ubezpieczającego.

Miejscowość ..... dnia .....

.....  
Pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

.....  
Pieczęć adresowa Ubezpieczającego

Wyrażam zgodę na przystąpienie do SALTUS Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych (SALTUS TUW) w charakterze Członka zwyczajnego oraz zawarcie umowy ubezpieczenia. Deklaruję objęcie jednego udziału o wartości 1 złotego oraz wpłatę bezzwrotnego wpisowego w wysokości 1 złotego (łącznie: 2 złote). Członek zwyczajny nie jest odpowiedzialny za zobowiązania SALTUS TUW oraz nie może być obciążony obowiązkiem zapłaty składki dodatkowej.

Miejscowość ..... dnia .....

.....  
Podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

.....  
Dane pośrednika ubezpieczeniowego

.....  
Imię i nazwisko przedstawiciela Towarzystwa

.....  
Data akceptacji wniosku

.....  
Akceptacja wniosku - pieczęć i podpis