

DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK/PARTNER/DZIECI): (dane partnera możliwe są do zmiany raz w roku polisowym)

2. Imię _____ Nazwisko _____ PESEL _____
 Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) D D M M R R R R R R Płeć (w przypadku obcokrajowców): kobieta mężczyzna

Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x“): małżonek / partner dziecko

Adres zamieszkania:

Ulica _____ Nr domu / Nr mieszkania _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x“): telefon _____ sms _____ e-mail _____

3. Imię _____ Nazwisko _____ PESEL _____
 Obywatelstwo (jeśli inne niż polskie) _____ Data urodzenia (w przypadku obcokrajowców) D D M M R R R R R R Płeć (w przypadku obcokrajowców): kobieta mężczyzna

Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x“): małżonek / partner dziecko

Adres zamieszkania:

Ulica _____ Nr domu / Nr mieszkania _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x“): telefon _____ sms _____ e-mail _____

WYMAGANE PODPISY UBEZPIECZONYCH:

Niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawartej przez Ubezpieczającego z Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych, 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 Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie podane w dobrej wierze w celu przystąpienia do ubezpieczenia grupowego.

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące ww. ubezpieczenia w formie informacji o produkcie.

Wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych, w celu ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia oraz na udostępnianie działającej w imieniu Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych 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 zasięgnięcie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie, za życia bądź po mojej śmierci informacji z Narodowego Funduszu Zdrowia o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili lub udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Ponadto wyrażam zgodę na udostępnianie Towarzystwu Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przez inny zakład ubezpieczeń, jak i udostępnianie innemu zakładowi ubezpieczeń (najego pisemne żądanie) przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych 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.

Miejscowość, data _____

Podpis Ubezpieczonego Głównego _____

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1 _____

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2 _____

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3 _____

2. W przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą lub ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, wyrażam zgodę na zasięgnięcie przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie i podmioty działające w jego imieniu, w tym Asekurację Sp. z o.o., 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 badań diagnostycznych i ich wyników, innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wyników leczenia i rokowań 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 i rokowań;
- 3) wyników przeprowadzonych konsultacji;
- 4) przyczyny śmierci;

u każdego lekarza, u którego leczyłam/em się lub leczę albo zasięgałam/em porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych.

Miejscowość, data _____

Podpis Ubezpieczonego Głównego _____

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1 _____

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2 _____

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3 _____

DODATKOWE OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONYCH:

TREŚĆ OŚWIADCZENIA	Ubezpieczony Główny	Ubezpieczony dodatkowy 1	Ubezpieczony dodatkowy 2	Ubezpieczony dodatkowy 3
<p>Wyrażam zgodę na:</p> <p>*(w celu wyrażenia zgody należy zaznaczyć właściwy kwadrat znakiem „X”)</p>				
Przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów lub usług Towarzystwa po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej - bezterminowo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Asekuracji Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, w celach analizy marketingowej i marketingu bezpośredniego produktów i usług Ecco Holiday Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, al. Solidarności 46, 61-696 Poznań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Asekuracji Sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otrzymywanie od Towarzystwa Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, informacji handlowej za pomocą środków komunikacji elektronicznej, w tym w szczególności poczty elektronicznej, a także telefonu lub podobnego środka bezpośredniego porozumiewania się na odległość w celach marketingu bezpośredniego produktów i usług Ecco Holiday Sp. z o.o. z siedzibą w Poznaniu, al. Solidarności 46, 61-696 Poznań.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	_____	_____	_____
Miejscowość, data	Podpis Ubezpieczonego Głównego			
_____	_____	_____	_____	_____
Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1	Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2	Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3		

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 922) informujemy, że:

- Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo – Kredytowych z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot, jest administratorem Pani/Pana danych osobowych,
- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są w celu:
 - zawarcia wykonania umowy ubezpieczenia, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 3 ustawy o ochronie danych osobowych i przepisami ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r., poz. 1844);
 - marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług Towarzystwa, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 4 pkt 1 zwz. zart. 23 ust. 1 pkt 5 ustawy o ochronie danych osobowych oraz na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych;
 - marketingu bezpośredniego produktów i usług Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna, Asekuracji Sp. z o.o. oraz Ecco Holiday Sp. z o.o. prowadzonego przez Towarzystwo, na podstawie wyrażonej przez Panią/Pana zgody, zgodnie z przepisem art. 23 ust. 1 pkt 1 ustawy o ochronie danych osobowych;
- przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania,
- podanie danych osobowych jest dobrowolne,
- dane osobowe będą udostępniane podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa albo Pani/Pana dobrowolnie wyrażonej zgody.

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do administrowania polisą:

Pieczętka i podpis

Imię i Nazwisko przedstawiciela Towarzystwa

Pieczętka i podpis