

Deklaracja przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego pracowników Uniwersytetu Warszawskiego

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami. Deklaracja dla swej ważności wymaga podpisania przez wszystkie osoby przystępujące do umowy ubezpieczenia.

UBEZPIECZYCIEL – Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych („Towarzystwo”)

Typ dokumentu

1. Deklaracja przystąpienia 2. Deklaracja zmian

Dane Ubezpieczonego Pracownika

3. Imię	4. Drugie imię	5. Nazwisko
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Data urodzenia	7. PESEL	8. Obywatelstwo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. Płeć	10. Typ dokumentu	11. Nr dokumentu
<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Dowód osobisty	<input type="text"/>

Adres korespondencyjny

12. Ulica	<input type="text"/>	
13. Nr domu / Nr mieszkania	14. Kod pocztowy	15. Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16. Nr telefonu	17. Adres e-mail	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
18. Główna Miejscowość Opieki		
<input type="text"/>		

Wybór Pakietu Zdrowotnego (składka miesięczna)

Pakiet Rozszerzony

19. Typ Indywidualny **68,00 zł**
 20. Typ Partnerski **145,00 zł**
 21. Typ Rodzinny **261,00 zł**

KOD: B4U_J0_RSO_UW

Pakiet Kompleksowy

22. Typ Indywidualny **88,00 zł**
 23. Typ Partnerski **181,00 zł**
 24. Typ Rodzinny **314,00 zł**

KOD: B4U_J0_KSO_UW

Dane osób zgłaszanych do pakietu partnerskiego/rodzinnego

Osoba zgłaszana (1)	<input type="checkbox"/> 25. Małżonek	<input type="checkbox"/> 26. Partner	<input type="checkbox"/> 27. Dziecko
28. Imię	29. Drugie imię	30. Nazwisko	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
31. Data urodzenia	32. PESEL	33. Obywatelstwo	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
34. Płeć	35. Typ dokumentu	36. Nr dokumentu	
<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Dowód osobisty	<input type="text"/>	
Adres korespondencyjny			
37. Ulica			
<input type="text"/>			
38. Nr domu / Nr mieszkania	39. Kod pocztowy	40. Miejscowość	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
41. Nr telefonu	42. Adres e-mail		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
43. Główna Miejscowość Opieki			
<input type="text"/>			

Osoba zgłaszana (2)

47. Imię

50. Data urodzenia

53. Płeć

 K M

Adres korespondencyjny

56. Ulica

57. Nr domu / Nr mieszkania

58. Kod pocztowy

59. Miejscowość

60. Nr telefonu

61. Adres e-mail

62. Główna Miejscowość Opieki

44. Małżonek

45. Partner

46. Dziecko

48. Drugie imię

51. PESEL

54. Typ dokumentu

 Paszport Dowód osobisty

49. Nazwisko

52. Obywatelstwo

55. Nr dokumentu

Osoba zgłaszana (3)

66. Imię

69. Data urodzenia

72. Płeć

 K M

Adres korespondencyjny

75. Ulica

76. Nr domu / Nr mieszkania

77. Kod pocztowy

78. Miejscowość

79. Nr telefonu

80. Adres e-mail

81. Główna Miejscowość Opieki

63. Małżonek

64. Partner

65. Dziecko

67. Drugie imię

70. PESEL

73. Typ dokumentu

 Paszport Dowód osobisty

68. Nazwisko

71. Obywatelstwo

74. Nr dokumentu

Osoba zgłaszana (4)

85. Imię

88. Data urodzenia

91. Płeć

 K M

Adres korespondencyjny

94. Ulica

95. Nr domu / Nr mieszkania

96. Kod pocztowy

97. Miejscowość

98. Nr telefonu

99. Adres e-mail

100. Główna Miejscowość Opieki

82. Małżonek

83. Partner

84. Dziecko

86. Drugie imię

89. PESEL

92. Typ dokumentu

 Paszport Dowód osobisty

87. Nazwisko

90. Obywatelstwo

93. Nr dokumentu

Oświadczenia

Oświadczam, że przed złożeniem niniejszej deklaracji doręczono mi Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową zgodnie ze wskazanym przeze mnie pakietem i typem ubezpieczenia zdrowotnego.

Zgody

Tak Nie Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, dotyczących mnie informacji oraz dokumentacji medycznej o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, ze stanem mojego zdrowia, z weryfikacją podanych przeze mnie danych, a także informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia i wysokości tych świadczeń, z wyłączeniem wyników badań genetycznych oraz na udostępnienie tych informacji zakładowi reasekuracji LMG Forsakrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego z tytułu umowy ubezpieczenia.

Wyrażenie zgody powyżej jest dobrowolne jednakże niewyrażenie jej będzie skutkowało odmową przyjęcia Pana/Pani do umowy ubezpieczenia.

Zgody marketingowe

- Wyrażam zgodę na kontakt w podanych poniżej formach oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo w celu:
 - Tak Nie telefonicznego marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,
 - Tak Nie przesyłania informacji handlowych, odnoszących się do własnych produktów lub usług, za pomocą środków komunikacji elektronicznej, tj. na podany powyżej adres poczty elektronicznej lub numer telefonu komórkowego.
- Wyrażam zgodę na przekazanie przez Towarzystwo moich, podanych w treści niniejszego formularza, danych osobowych w zakresie imienia i nazwiska, numeru PESEL oraz numerów telefonów, adresu korespondencyjnego, adresu poczty elektronicznej (w zależności od zakresu zgód udzielonych w pkt 1-3 poniżej) Pocztownemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A z siedzibą w Warszawie przy ul. Rodziny Hiszpańskich 8, w celu przetwarzania ich przez ten podmiot w następującym zakresie:
 - Tak Nie telefonicznego marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,
 - Tak Nie marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,
 - Tak Nie przesyłania informacji handlowych dotyczących własnych produktów lub usług za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

101. Data

102. Czytelny podpis Ubezpiezonego Pracownika

103. Data

104. Czytelny podpis małżonka/partnera życiowego zgłaszanego do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

105. Data

106. Czytelny podpis pełnoletniego dziecka zgłaszanego do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

107. Data

108. Czytelny podpis opiekuna prawnego w imieniu dziecka/dzieci zgłaszanych do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

Oświadczenie Ubezpiezonego Pracownika

W związku z przystąpieniem przez Ubezpiezonego, na podstawie powyższej deklaracji, do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, oferowanego przez Towarzystwo, wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (lub odpowiednio wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego), składek należnych z tytułu umowy ubezpieczenia w łącznej wysokości stanowiącej sumę składek ubezpieczenia właściwych dla wybranego przez Ubezpiezonego pakietu i typu grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.

109. Data

110. Czytelny podpis Ubezpiezonego Pracownika

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych osób fizycznych

1. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo.

2. Inspektor Ochrony Danych

IODO@ubezpieczeniapocztowe.pl

3. Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

- wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego - podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Towarzystwa - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,
- reasekuracji ryzyka ubezpieczeniowego - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa.

4. Okres przechowywania

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa dotyczących rachunkowości.

5. Ujawnianie danych osobowych

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz innym podmiotom i organom uprawnionym do otrzymania danych osobowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa oraz przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Towarzystwa, m.in. obsługującym systemy teleinformatyczne lub udostępniającym narzędzia teleinformatyczne, dostawcom usług IT, agentom ubezpieczeniowym, podmiotom wykonującym na rzecz Towarzystwa czynności ubezpieczeniowe, o których mowa w art. 73 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, podmiotom świadczącym Towarzystwu usługi doradcze, konsultacyjne oraz pomoc prawną, których udział w rozpatrywanej przez Towarzystwo sprawie będzie konieczny i prawnie uzasadniony.

6. Prawa osób, których dane osobowe dotyczą

- Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
- W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
- Ma Pani/Pan prawo do otrzymania od Towarzystwa Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, które zostały przez Panią/Pana dostarczone Towarzystwu w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do żądania, by powyższe dane zostały przesłane przez Towarzystwo bezpośrednio innemu administratorowi, o ile jest to technicznie możliwe.
- Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzoru zajmującego się ochroną danych osobowych.

7. Organ nadzoru

Organem nadzoru w zakresie ochrony danych osobowych w Polsce jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.