

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

nazwa Pracodawcy/Ubezpieczającego	<input type="text"/>																				
UBEZPIECZONY	<input type="text"/>																				
PESEL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
											data urodzenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
adres do korespondencji	<input type="text"/>																				
adres e-mail	<input type="text"/>																				
nr telefonu komórkowego	+48	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

Wniosek o rozpoczęcie programu powinien być przysłany do Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. na adres e-mail ubezpieczenia@tuzdrowie.pl lub pocztą tradycyjną ul. Śląska 17, 81 – 319 Gdynia z dopiskiem „KONTYNUACJA LECZENIA SZPITALNEGO”

Prosimy o zapoznanie się z informacją dotyczącą przetwarzania danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. zgodnie z postanowieniami 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych - RODO) dostępną na stronie <https://www.tuzdrowie.pl/Rodo>

ZGODY DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

str. 2 z 3

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w celu wykonywania umowy ubezpieczenia - brak wyrażenia zgody uniemożliwia wykonywanie przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia i wypłatę należnego świadczenia.

Tak Nie

2. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w pełnym zakresie informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w tym wszelkich informacji i dokumentacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz świadczeniach zdrowotnych z których korzystałem od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych, zgodnie z art. 38. Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn zmianami).

Tak Nie

ZGODY MARKETINGOWE

Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przetwarzane przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A., w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

Tak Nie

Zgoda na kierowanie komunikacji marketingowej (wynikająca z ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną i prawa telekomunikacyjnego)

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. informacji handlowo - marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

- wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS, serwisy internetowe, w tym portale społecznościowe)

Tak Nie

- połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR)

Tak Nie

Do wniosku dołączono następujące dokumenty potwierdzające konieczność leczenia po LECZENIU SZPITALNYM (pobycie w szpitalu, hospitalizacji)

lp.	rodzaj dokumentu	liczba
	dokumentacja medyczna potwierdzającej Hospitalizację (karta wypisowa ze szpitala)	
	inne np. skierowania wystawione przez lekarza prowadzącego w szpitalu	

Oświadczam, że zapoznała/em się z informacjami podanymi na stronie www.tuzdrowie.pl/Rodo i wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

miejsowość, data

podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego