

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ:

nazwa Pracodawcy/Ubezpieczającego	[input field]																						
UBEZPIECZONY	[input field]																						
PESEL	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	data urodzenia	[input]	[input]	-	[input]	[input]	-	[input]	[input]	[input]	[input]
adres do korespondencji	[input field]																						
adres e-mail	[input field]																						
nr telefonu komórkowego	+48	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]	[input]

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 „LECZENIE PO WYPADKU DROGOWYM”**

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 WYPADKU DROGOWYM (komunikacyjnym)

lp.	rodzaj dokumentu	liczba
	dokumentacja medyczna potwierdzająca leczenie po Wypadku Drogowym, w tym udzielenie pierwszej pomocy przedszpitalnej lub szpitalnej (z SOR'u, szpitala, leczenia ambulatoryjnego)	
	dokumentacja zgłoszenia Wypadku Drogowego na policję lub dokumentacja prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę	

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