



## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA LEKOWA

### OPIS WYKONANEJ USŁUGI:

lp.	nazwa wykonanej usługi medycznej	data wykonania usługi	nazwa i adres placówki medycznej	nr faktury /rachunku	zapłacona kwota

Do wniosku dołączam oryginały faktury/rachunku o numerze/ach:

..... oraz kserokopie skierowania na badania (w przypadku wykonania badań diagnostycznych).

**Oświadczam, że wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.**

*podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego*

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA LEKOWA

<b>Administrator danych</b>	<b>Administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, przy ul. Śląskiej 17 (dalej: TU ZDROWIE SA)</b>
<b>Dane kontaktowe</b>	Z TU ZDROWIE SA można się skontaktować poprzez adres email: <a href="mailto:biuro@tuzdrowie.pl">biuro@tuzdrowie.pl</a> , formularz kontaktowy pod adresem <a href="http://www.tuzdrowie.pl">www.tuzdrowie.pl</a> , telefonicznie pod numerem 58 888 2 999 lub pisemnie na adres siedziby TU ZDROWIE SA. TU ZDROWIE SA wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez email <a href="mailto:iod@tuzdrowie.pl">iod@tuzdrowie.pl</a> , telefonicznie pod numerem 58 888 2 999 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Z Inspektorem Ochrony Danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.
<b>Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania</b>	<b>Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wykonania umowy ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,</li> <li>2) marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych TU ZDROWIE SA, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług,</li> <li>3) wypełnienia przez TU ZDROWIE SA obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,</li> <li>4) wypełniania przez TU ZDROWIE SA obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na TU ZDROWIE SA wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami;</li> <li>5) ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,</li> <li>6) ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń,</li> <li>7) reasekuracji ryzyk – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z umową zawartą z Panią/Panem, lub na Pani/Pana rzecz.</li> </ol>
<b>Okres przechowywania danych</b>	Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia zdrowotnego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz dotyczących wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. TU ZDROWIE SA przestanie wcześniej przetwarzać dane wykorzystywane do celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania i celów analitycznych jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA LEKOWA

<b>Odbiorcy danych</b>	<p>Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne, podmiotom realizującym świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz ubezpieczonych przez TU ZDROWIE SA, podmiotom świadczącym usługi infolinii medycznej i zakładom reasekuracji.</p> <p>Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie TU ZDROWIE SA, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z TU ZDROWIE SA i wyłącznie zgodnie z poleceniami TU ZDROWIE SA.</p>
<b>Przekazywanie danych poza EOG</b>	<p>Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.</p>
<b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b>	<p>Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania zgodnie z przepisami Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L numer 119, strona 1, dalej jako: RODO).</p> <p>W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.</p> <p>W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania.</p> <p>W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo wycofania zgody. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.</p> <p>W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub przetwarzane na podstawie zgody – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od TU ZDROWIE SA Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych.</p> <p>Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochrona danych osobowych.</p> <p>W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z TU ZDROWIE SA lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.</p>
<b>Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu</b>	<p>W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, decyzje dotyczące Pani/Pana nie będą podejmowane w sposób zautomatyzowany.</p>
<b>Informacja o wymogu podania danych</b>	<p>Podanie danych osobowych w związku z wnioskiem o zwrot kosztów świadczenia jest konieczne wykonywania umowy ubezpieczenia.</p> <p>Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.</p>

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA LEKOWA

### Zgody dotyczące przetwarzania danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

**TAK**  **NIE**

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**

Ponadto oświadczam, że wszystkie podane dobrowolnie dane zawarte w tym wniosku są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą.

**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**

*Czytelny podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego Ubezpieczonego*

## WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA POLISA LEKOWA