

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 – AGRO Ubezpieczenia - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych („Towarzystwo”)

Typ dokumentu

- ☐ 1. Deklaracja przystąpienia ☐ 2. Deklaracja zmian

Dane Ubezpiezonego Pracownika

3. Imię 	4. Drugie imię 	5. Nazwisko
6. Data urodzenia / /	7. PESEL 	8. Obywatelstwo
9. Płeć ☐ K ☐ M	10. Typ dokumentu ☐ Paszport ☐ Dowód osobisty	11. Nr dokumentu

Adres korespondencyjny

12. Ulica 	13. Nr domu / Nr mieszkania /	14. Kod pocztowy -	15. Miejscowość
16. Nr telefonu 	17. Adres e-mail 		
18. Główna Miejscowość Opieki 			

Wybór Pakietu Zdrowotnego (składka miesięczna)

Pakiet Rozszerzony

- ☐ 19. Typ Indywidualny **99,00 zł**
☐ 20. Typ Partnerski **212,00 zł**
☐ 21. Typ Rodzinny **381,00 zł**

KOD: B4U_J0_RSO_UW

Pakiet Kompleksowy

- ☐ 22. Typ Indywidualny **129,00 zł**
☐ 23. Typ Partnerski **264,00 zł**
☐ 24. Typ Rodzinny **459,00 zł**

KOD: B4U_J0_KSO_UW

Dane osób zgłaszanych do pakietu partnerskiego/rodzinnego

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

☐ 44. Małżonek ☐ 45. Partner ☐ 46. Dziecko

49. Nazwisko

52. Obywatelstwo

54. Typ dokumentu

☐	Paszport	☐	Dowód osobisty
--------------------------	----------	--------------------------	----------------

55. Nr dokumentu

56. Ulica

[illegible][illegible]

☐ 63. Małżonek ☐ 64. Partner ☐ 65. Dziecko

68. Nazwisko

[illegible]

73. Typ dokumentu ☐ Paszport ☐ Dowód osobisty

74. Nr dokumentu

[illegible][illegible][illegible]☐ 82. Małżonek ☐ 83. Partner ☐ 84. Dziecko

87. Nazwisko

90. Obywatelstwo

92. Typ dokumentu

☐ Paszport ☐ Dowód osobisty

93. Nr dokumentu							

94. Ulica

[illegible][illegible]

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

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

1. ☐ Tak ☐ Nie W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania Towarzystwu informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowani, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia.

2. ☐ Tak ☐ Nie W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do Towarzystwa nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność Towarzystwa oraz wysokość świadczenia.

3. ☐ Tak ☐ Nie Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez operatora Grupę LUX MED, oraz dalsze przekazywanie tych danych własnym lub współpracującym placówkom medycznym w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z wybranego przeze mnie zakresu pakietu zdrowotnego.

4. ☐ Tak ☐ Nie Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Towarzystwo moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zawartych w deklaracji przystąpienia, a także przekazanych Towarzystwu przez placówki służby zdrowia, lekarzy lub przeze mnie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

Wyrażenie zgód, o których mowa w pkt 1-4 powyżej, jest dobrowolne, jednakże ich niewyrażenie będzie skutkowało odmową przyjęcia Pana/Pani do umowy ubezpieczenia lub dokonania zmiany w aktywnym ubezpieczeniu.

Zgody marketingowe

1.

Wyrażam zgodę na kontakt w podanych poniżej formach oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo w celu:

1)

☐ Tak ☐ Nie

telefonicznego marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,

2)

☐ 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.
2.

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:

1)

☐ Tak ☐ Nie

telefonicznego marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,

2)

☐ Tak ☐ Nie

marketingu bezpośredniego własnych produktów lub usług,

3)

☐ 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@agroubezpieczenia.pl
3.

Cele i podstawy prawne przetwarzania danych osobowych
Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

1)

wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego - podstawą prawną jest niezbędność przetwarzania danych w celu wykonywania umowy,

2)

marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych Towarzystwa - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,

3)

dochodzenia roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,

4)

przeciwdziałaniu przestępczości ubezpieczeniowej - podstawą prawną jest prawnie uzasadniony interes Towarzystwa,

5)

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. placówkom medycznym świadczącym usługi z umowy ubezpieczenia, 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

1)

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

2)

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.

3)

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.

4)

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.