

**Obowiązek informacyjny Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A.** zgodnie z rozporządzeniem 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 (zwane: **RODO**).

Informacje te są zawsze dostępne na <https://www.tuzdrowie.pl/Rodo>

<b>Administrator danych</b>	Administratorem danych jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni, przy ul. Śląskiej 17 (dalej: TU ZDROWIE S.A.)
<b>Dane kontaktowe</b>	Z TU ZDROWIE S.A. 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 S.A.
<b>Inspektor Danych Osobowych</b>	TU ZDROWIE S.A. wyznaczyło Inspektora Ochrony Danych, z którym można się skontaktować poprzez email <a href="mailto:iod@tuzdrowie.pl">iod@tuzdrowie.pl</a> 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) <b>wykonania umowy ubezpieczenia zdrowotnego</b> – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,</li> <li>2) <b>marketingu bezpośredniego</b> produktów i usług własnych TU ZDROWIE SA, w tym w celach analitycznych i profilowania – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadniony interesem TU ZDROWIE SA jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług,</li> <li>3) <b>wypełnienia przez TU ZDROWIE SA obowiązków</b> związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,</li> <li>4) <b>ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń</b> związanych z zawartą z Panią/Panem umową ubezpieczenia zdrowotnego – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE SA; uzasadnionym interesem TU ZDROWIE SA jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń,</li> <li>5) <b>ewentualnie w celu podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom</b> – podstawą prawną przetwarzania danych jest konieczność 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>6) <b>reasekuracji ryzyk</b> – podstawa prawna przetwarzania danych jest konieczność 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> <li>7) <b>realizacji umowy zawartej przez TU ZDROWIE SA</b> – podstawą prawną przetwarzania jest konieczność przetwarzania danych do wykonania umowy oraz uzasadniony interes administratora.</li> </ol>
<b>Kategorie danych</b>	TU Zdrowie przetwarza następujące kategorie danych: dane identyfikujące osobę (tj. imię i nazwisko, PESEL/nr paszportu, data urodzenia, ew. powinowactwo z Głównym Ubezpieczonym, imię i nazwisko osób reprezentujących kontrahenta, nazwa podmiotu, NIP, REGON), dane kontaktowe (nr telefonu, adres mailowy, stanowisko), dane adresowe w przypadku klientów instytucjonalnych (adres siedziby, adres korespondencyjny), dane finansowe oraz dane dotyczące numeru rachunku bankowego jak również dane o wykonanych usługach medycznych i okolicznościach ich wykonania, stanu zdrowia ubezpieczającego, ubezpieczonego, osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej, innych osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia, osób kontaktujących się oraz kontrahentów.
<b>Źródło pochodzenia danych</b>	TU ZDROWIE S.A. otrzymuje dane osobowe od następujących podmiotów: od operatorów medycznych, palcówek medycznych jak również od ubezpieczającego, ubezpieczonego, innych osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia jak również od osób kontaktujących się z TU Zdrowie. Źródłem danych może być też inny administrator danych, podmiot współpracujący, źródła dostępne publicznie tj. rejestr CEIDG oraz KRS.
<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 o prawie, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. TU ZDROWIE S.A. 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.
<b>Odbiorcy danych</b>	Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom świadczącym usługi medyczne, podmiotom realizującym świadczenia ubezpieczeniowe na rzecz ubezpieczonych przez TU ZDROWIE S.A., podmiotom świadczącym usługi infolinii medycznej i zakładom reasekuracji. Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie TU ZDROWIE S.A., 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 S.A. i wyłącznie zgodnie z poleceniami TU ZDROWIE S.A. Pani/Pana dane osobowe, za wyjątkiem danych o wykonanych usługach medycznych są udostępniane Ubezpieczającym w celu zapewnienia należytej ochrony ubezpieczeniowej/rozliczenia należnej składki. Jak również podmiotom świadczącym usługi doradcze, podmiotom prowadzącym działalność płatniczą, pocztową lub kurierską oraz innym podmiotom na podstawie przepisu prawa (tj. np. ZUS, US, sąd, Policja).
<b>Prawa osoby, której dane dotyczą</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo zadania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanką prawnie uzasadnionego interesu TU ZDROWIE S.A., przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych. W szczególności przysługuje Pani/Panu prawo sprzeciwu wobec przetwarzania danych na potrzeby marketingu bezpośredniego oraz profilowania. W zakresie, w jakim podstawa 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. 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 S.A. Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi danych. Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochrona danych osobowych. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z TU ZDROWIE S.A. lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe wskazane są wyżej.
<b>Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu</b>	W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, może być stosowane automatyczne przetwarzanie danych osobowych w celu profilowania, polegające na zautomatyzowanej analizie podanych informacji w celu ustalenia istotnych elementów umowy ubezpieczenia, takich jak wysokość składki ubezpieczeniowej. Algorytmy przeprowadzające analizę, o której mowa powyżej, nie mogą prowadzić do jakiegokolwiek formy dyskryminacji i mają na celu wyłącznie dostosowanie umowy ubezpieczenia do informacji poddanych analizie, w celu zapewnienia analogicznych warunków umowy ubezpieczenia, dla osób znajdujących się w analogicznej sytuacji TU ZDROWIE S.A. w celu zapewnienia jak najsprawniejszego działania może stosować podejmowanie decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu Pani/Pana danych osobowych w celu organizowania świadczeń ubezpieczeniowych. W takich sytuacjach TU ZDROWIE S.A. zapewnia możliwość uzyskania interwencji ludzkiej, wyrażenia własnego stanowiska, jak również możliwość zakwestionowania stanowiska w procedurze reklamacyjnej, takiej samej jak w przypadku podejmowania decyzji w sposób niezautomatyzowany.
<b>Informacja o wymogu podania danych</b>	Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy jest konieczne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz do przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie i wykonanie umowy ubezpieczenia. Dla celów marketingowych podanie danych jest dobrowolne.

**UBEZPIECZONY GŁÓWNY / PRACOWNIK**

IMIĘ NAZWISKO  
PESEL / NR PASZPORTU  
DATA URODZENIA  
ADRES E-MAIL  
NR TELEFONU KOM.

[Redacted fields for main insured person]

**DRUGI UBEZPIECZONY (członek rodziny)**

IMIĘ NAZWISKO  
PESEL / NR PASZPORTU  
DATA URODZENIA  
ADRES E-MAIL  
NR TELEFONU KOM.

[Redacted fields for second insured person]

**TRZECI UBEZPIECZONY (członek rodziny)**

IMIĘ NAZWISKO  
PESEL / NR PASZPORTU  
DATA URODZENIA  
ADRES E-MAIL  
NR TELEFONU KOM.

[Redacted fields for third insured person]

**CZWARTY UBEZPIECZONY (członek rodziny)**

IMIĘ NAZWISKO  
PESEL / NR PASZPORTU  
DATA URODZENIA  
ADRES E-MAIL  
NR TELEFONU KOM.

[Redacted fields for fourth insured person]

**PIĄTY UBEZPIECZONY (członek rodziny)**

IMIĘ NAZWISKO  
PESEL / NR PASZPORTU  
DATA URODZENIA  
ADRES E-MAIL  
NR TELEFONU KOM.

[Redacted fields for fifth insured person]

**SZÓSTY UBEZPIECZONY (członek rodziny)**

IMIĘ NAZWISKO  
PESEL / NR PASZPORTU  
DATA URODZENIA  
ADRES E-MAIL  
NR TELEFONU KOM.

[Redacted fields for sixth insured person]

**Zgody dotyczące przetwarzania danych osobowych**

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\*.

UBEZPIECZONY GŁÓWNY	DRUGI UBEZPIECZONY	TRZECI UBEZPIECZONY	CZWARTY UBEZPIECZONY	PIĄTY UBEZPIECZONY	SZÓSTY UBEZPIECZONY
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

\* Brak wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego uniemożliwia wykonywanie przez TU ZDROWIE S.A. umowy ubezpieczenia zdrowotnego.

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) \*.

UBEZPIECZONY GŁÓWNY	DRUGI UBEZPIECZONY	TRZECI UBEZPIECZONY	CZWARTY UBEZPIECZONY	PIĄTY UBEZPIECZONY	SZÓSTY UBEZPIECZONY
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

\* Brak wyrażenia zgody przez Ubezpieczonego uniemożliwia wykonywanie przez TU ZDROWIE S.A. umowy ubezpieczenia zdrowotnego.

3. Wyrażam zgodę na wydawanie wobec mnie decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu moich danych osobowych, w tym danych dotyczących mojego stanu zdrowia, mających na celu organizowanie świadczeń ubezpieczeniowych.

UBEZPIECZONY GŁÓWNY	DRUGI UBEZPIECZONY	TRZECI UBEZPIECZONY	CZWARTY UBEZPIECZONY	PIĄTY UBEZPIECZONY	SZÓSTY UBEZPIECZONY
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

**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.

UBEZPIECZONY GŁÓWNY	DRUGI UBEZPIECZONY	TRZECI UBEZPIECZONY	CZWARTY UBEZPIECZONY	PIĄTY UBEZPIECZONY	SZÓSTY UBEZPIECZONY
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

**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)

UBEZPIECZONY GŁÓWNY	DRUGI UBEZPIECZONY	TRZECI UBEZPIECZONY	CZWARTY UBEZPIECZONY	PIĄTY UBEZPIECZONY	SZÓSTY UBEZPIECZONY
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

- Połączenia głosowe (rozmowa telefoniczne, komunikaty głosowe IVR)

UBEZPIECZONY GŁÓWNY	DRUGI UBEZPIECZONY	TRZECI UBEZPIECZONY	CZWARTY UBEZPIECZONY	PIĄTY UBEZPIECZONY	SZÓSTY UBEZPIECZONY
TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

<b>CZYTELNY PODPIS UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO</b>	<b>CZYTELNY PODPIS DRUGIEGO UBEZPIECZONEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>CZYTELNY PODPIS TRZECIEGO UBEZPIECZONEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO</b>
<b>CZYTELNY PODPIS CZWARTEGO UBEZPIECZONEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>CZYTELNY PODPIS PIĄTEGO UBEZPIECZONEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>CZYTELNY PODPIS SZÓSTEGO UBEZPIECZONEGO LUB OPIEKUNA PRAWNEGO</b>

**DATA**