



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Prosimy o wypełnienie drukowanymi literami.
Deklaracja dla swej ważności wymaga podpisania przez wszystkie osoby przystępujące do ubezpieczenia.

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Ubezpieczający

Pieczętka Ubezpieczającego

Data przystąpienia: _____

Ubezpieczony Główny

Nazwisko: _____

Imię (imiona): _____

Płeć: K M Data Urodzenia _____

PESEL: _____

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo: _____

Nr paszportu: _____

Oświadczenia Ubezpiezonego Głównego **tak***

Oświadczenia:

- Oświadczam, iż otrzymałem kompletne warunki Umowy ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Umowy Ubezpieczenia oraz, że się z nimi zapoznałem przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w tym przekazywania do LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce kopii dokumentacji medycznej w celu oceny ryzyka lub realizacji świadczeń ubezpieczeniowych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również udostępnienie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia po mojej śmierci.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce w celu oceny ryzyka i wykonania Umowy ubezpieczenia. Zgoda, o której mowa w zdaniu poprzednim obejmuje swoim zakresem również kolejne umowy ubezpieczenia, zawarte, jako odnowienie albo kontynuacja Umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uzyskanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń ochrony zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Informację o administratorze danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

* złożenie oświadczeń 1-4 jest dobrowolne, lecz odmowa ich niezłożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczenia

DEKLARACJA ZMIAN

Typ ubezpieczenia

Indywidualny Partnerski Rodzinny Rodzic

Zakres Ubezpieczenia:

Telefon: _____

E-mail: _____

Stanowisko: _____

Deklarowana Główna Miejscowość Ochrony*: _____

*miejscowość, w której Ubezpieczony będzie korzystał najczęściej ze świadczeń zdrowotnych

Adres do korespondencji:

Ulica: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

tak

Klauzule marketingowe:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie zdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów.

Data

_____ podpis Ubezpiezonego Głównego



LMG Försäkrings AB SA
Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438

t: 22 450 45 00
22 450 50 10
f: 22 331 85 85

NIP: 108 001 14 94
REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro





Członkowie rodziny

1. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego: Małżonek Partner Dziecko Rodzic

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Imię (imiona): _____

E-mail: _____

Płeć: K M Data Urodzenia _____

Deklarowana Główna Miejscowość Ochrony*: _____

*miejscowość, w której Ubezpieczony będzie korzystał najczęściej ze świadczeń zdrowotnych

PESEL: _____

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Adres do korespondencji:

Obywatelstwo: _____

Ulica: _____

Nr paszportu: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Oświadczenia Współubezpieczonego 1 **tak***

Oświadczenia:

- Oświadczam, iż otrzymałem kompletne warunki Umowy ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Umowy Ubezpieczenia oraz, że się z nimi zapoznałem przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w tym przekazywania do LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce kopii dokumentacji medycznej w celu oceny ryzyka lub realizacji świadczeń ubezpieczeniowych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również udostępnienie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia po mojej śmierci.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce w celu oceny ryzyka i wykonania Umowy ubezpieczenia. Zgoda, o której mowa w zdaniu poprzednim obejmuje swoim zakresem również kolejne umowy ubezpieczenia, zawarte, jako odnowienie albo kontynuacja Umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uzyskanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń ochrony zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

tak

Klauzule marketingowe:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie zdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów

Data

_____ podpis Współubezpieczonego**

Informację o administratorze danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

* złożenie oświadczeń 1-4 jest dobrowolne, lecz odmowa ich niezłożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczenia

** za niepełnoletnie dziecko Deklarację podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem

2. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego: Małżonek Partner Dziecko Rodzic

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Imię (imiona): _____

E-mail: _____

Płeć: K M Data Urodzenia _____

Deklarowana Główna Miejscowość Ochrony*: _____

*miejscowość, w której Ubezpieczony będzie korzystał najczęściej ze świadczeń zdrowotnych

PESEL: _____

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Adres do korespondencji:

Obywatelstwo: _____

Ulica: _____

Nr paszportu: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____



Oświadczenia Współubezpieczonego 2 tak* tak

Oświadczenia:

- Oświadczam, iż otrzymałem kompletne warunki Umowy ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Umowy Ubezpieczenia oraz, że się z nimi zapoznałem przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w tym przekazywania do LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce kopii dokumentacji medycznej w celu oceny ryzyka lub realizacji świadczeń ubezpieczeniowych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również udostępnienie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia po mojej śmierci.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nalogach przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce w celu oceny ryzyka i wykonania Umowy ubezpieczenia. Zgoda, o której mowa w zdaniu poprzednim obejmuje swoim zakresem również kolejne umowy ubezpieczenia, zawarte, jako odnowienie albo kontynuacja Umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uzyskanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń ochrony zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Klauzule marketingowe:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów

Data

podpis Współubezpieczonego**

Informację o administracji danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

* złożenie oświadczeń 1-4 jest dobrowolne, lecz odmowa ich niezłożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczenia

** za niepełnoletnie dziecko Deklarację podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem

3. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:

Małżonek

Partner

Dziecko

Rodzic

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Imię (imiona): _____

E-mail: _____

Płeć: K M Data Urodzenia _____

Deklarowana Główna Miejscowość Ochrony*: _____

*miejscowość, w której Ubezpieczony będzie korzystał najczęściej ze świadczeń zdrowotnych

PESEL: _____

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Adres do korespondencji:

Obywatelstwo: _____

Ulica: _____

Nr paszportu: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Oświadczenia Współubezpieczonego 3 tak* tak

Oświadczenia:

- Oświadczam, iż otrzymałem kompletne warunki Umowy ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Umowy Ubezpieczenia oraz, że się z nimi zapoznałem przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w tym przekazywania do LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce kopii dokumentacji medycznej w celu oceny ryzyka lub realizacji świadczeń ubezpieczeniowych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również udostępnienie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia po mojej śmierci.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nalogach przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce w celu oceny ryzyka i wykonania Umowy ubezpieczenia. Zgoda, o której mowa w zdaniu poprzednim obejmuje swoim zakresem również kolejne umowy ubezpieczenia, zawarte, jako odnowienie albo kontynuacja Umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uzyskanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń ochrony zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Klauzule marketingowe:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów

Data

podpis Współubezpieczonego*

LMG Försäkrings AB SA
Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438

t: 22 450 45 00
22 450 50 10
f: 22 331 85 85

NIP: 108 001 14 94
REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro



Informację o administratorze danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

* złożenie oświadczeń 1-4 jest dobrowolne, lecz odmowa ich niezłożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczenia

** za niepełnoletnie dziecko Deklarację podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem

4. Współubezpieczony

Stosunek rodziny względem Ubezpieczonego Głównego: Małżonek Partner Dziecko Rodzic

Nazwisko: _____

Telefon: _____

Imię (imiona): _____

E-mail: _____

Płeć: K M Data Urodzenia _____

Deklarowana Główna Miejscowość Ochrony*: _____
*miejscowość, w której Ubezpieczony będzie korzystał najczęściej ze świadczeń zdrowotnych

PESEL: _____

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Adres do korespondencji:

Obywatelstwo: _____

Ulica: _____

Nr paszportu: _____

Nr domu: _____ Nr mieszkania: _____ Kod pocztowy: _____

Miejscowość: _____

Oświadczenia Współubezpieczonego 4 tak*

tak

Oświadczenia:

- Oświadczam, iż otrzymałem kompletne warunki Umowy ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Umowy Ubezpieczenia oraz, że się z nimi zapoznałem przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce informacji dotyczących mojego stanu zdrowia w tym przekazywania do LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce kopii dokumentacji medycznej w celu oceny ryzyka lub realizacji świadczeń ubezpieczeniowych. Niniejsze upoważnienie obejmuje również udostępnienie informacji dotyczących mojego stanu zdrowia po mojej śmierci.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia i nałogach przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce w celu oceny ryzyka i wykonania Umowy ubezpieczenia. Zgoda, o której mowa w zdaniu poprzednim obejmuje swoim zakresem również kolejne umowy ubezpieczenia, zawarte, jako odnowienie albo kontynuacja Umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uzyskanie przez LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń ochrony zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia jego odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

Klauzule marketingowe:

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED komunikacji marketingowej, której celem jest w szczególności promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie prozdrowotnego stylu życia, przy wykorzystaniu moich danych:

adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)

numer telefonu (otrzymywanie wiadomości sms, mms oraz połączeń przychodzących)

Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów

Data

_____ podpis Współubezpieczonego**

Informację o administratorze danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

* złożenie oświadczeń 1-4 jest dobrowolne, lecz odmowa ich niezłożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczenia

** za niepełnoletnie dziecko Deklarację podpisuje jego rodzic lub inny przedstawiciel ustawowy swoim imieniem i nazwiskiem

Uwaga: Deklaracja dla swej ważności wymaga podpisania przez wszystkie osoby przystępujące do ubezpieczenia.



LMG Försäkrings AB SA
Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C
02-676 Warszawa

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438

t: 22 450 45 00
22 450 50 10
f: 22 331 85 85

NIP: 108 001 14 94
REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro

Obowiązek informacyjny

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych w związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce

| Kto jest administratorem moich danych? | Administratorem Twoich danych osobowych przetwarzanych na potrzeby objęcia ochroną ubezpieczeniową jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”). Jeżeli wyraziłeś nam zgodę na przetwarzanie Twoich danych w celach marketingowych lub w celu otrzymywania od nas komunikacji marketingowej, administratorami Twoich danych są podmioty z Grupy LUX MED, których listę znajdziesz w każdej z placówek LUX MED oraz na stronie internetowej www.luxmed.pl . | | | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych? | We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez LMG możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych dostępnym pod adresem e-mail: daneosobowe@luxmed.pl . | | | | | | | | |
| Jakie jest źródło moich danych – skąd są pozyskiwane? | Objęcie ochroną ubezpieczeniową odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy LMG a podmiotem będącym Twoim pracodawcą. Twoje dane są udostępniane przez Twojego pracodawcę, zgodnie z treścią powyższej deklaracji. Jeżeli jesteś osobą najbliższą pracownika – przekazuje on Twoją deklarację swojemu pracodawcy, tak aby ten z kolei mógł zgłosić Ciebie do objęcia ochroną ubezpieczeniową. | | | | | | | | |
| Jaki jest zakres przetwarzanych moich danych osobowych? | W pierwszej kolejności potrzebujemy otrzymać zgłoszenie Twojej osoby do objęcia ochroną ubezpieczeniową. W tym celu potrzebujemy abyś złożył deklarację i podał nam następujący zestaw Twoich danych: imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, data urodzenia, główna miejscowość ochrony, adres zamieszkania, jeżeli jesteś obcokrajowcem: obywatelstwo oraz nr paszportu. Możesz także podać nam adres e-mail, numer telefonu oraz stanowisko, ale dane te nie są nam niezbędne do objęcia ochroną ubezpieczeniową. Podczas korzystania z ochrony ubezpieczeniowej (likwidacja szkód) jak również na etapie oceny ryzyka ubezpieczeniowego potrzebujemy posiadać informacje o Twoim stanie zdrowia, nalogach które mogą mieć wpływ na ryzyko lub wykonanie umowy ubezpieczenia i zrealizowanych usługach ochrony zdrowotnej w ramach umowy ubezpieczenia. | | | | | | | | |
| Jaki jest cel przetwarzania moich danych osobowych? | Przetwarzamy Twoje dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczenia (likwidacja szkód) przez co rozumiemy: | | | | | | | | |
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Cel przetwarzania</th> <th>Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć deklarację objęcia Ciebie ochroną ubezpieczeniową. Pozwoli to później na ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, jak również umożliwi nam realizację umowy oraz kontakt z Tobą. Jako podmiot ubezpieczeniowy jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W tym celu, zbieramy także Twoje dane o stanie zdrowia.</td> <td>art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej art. 9 ust. 2 lit. a RODO</td> </tr> <tr> <td>Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu.</td> <td>Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.</td> </tr> <tr> <td>Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Twoich danych osobowych.</td> <td>Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.</td> </tr> </tbody> </table> | Cel przetwarzania | Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza) | W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć deklarację objęcia Ciebie ochroną ubezpieczeniową. Pozwoli to później na ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, jak również umożliwi nam realizację umowy oraz kontakt z Tobą. Jako podmiot ubezpieczeniowy jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W tym celu, zbieramy także Twoje dane o stanie zdrowia. | art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej art. 9 ust. 2 lit. a RODO | Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu. | Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw. | Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Twoich danych osobowych. | Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. |
| | Cel przetwarzania | Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza) | | | | | | | |
| | W pierwszej kolejności potrzebujemy przyjąć deklarację objęcia Ciebie ochroną ubezpieczeniową. Pozwoli to później na ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem świadczenia zdrowotnego, jak również umożliwi nam realizację umowy oraz kontakt z Tobą. Jako podmiot ubezpieczeniowy jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W tym celu, zbieramy także Twoje dane o stanie zdrowia. | art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej art. 9 ust. 2 lit. a RODO | | | | | | | |
| Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania Twoich danych w tym celu. | Art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw. | | | | | | | | |
| Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania Twoich danych osobowych. | Art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości. | | | | | | | | |
| Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy w oparciu o informacje o Tobie Tworzyć profile preferencji naszych klientów i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie od nas otrzymujesz. Zapewniamy, że nie przetwarzamy Twoich danych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka. | | | | | | | | | |
| Z uwagi na konieczność zapewnienia nam odpowiedniej organizacji np. w zakresie infrastruktury informatycznej czy bieżących sprawach dotyczących naszej działalności, jako przedsiębiorcy, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców: | | | | | | | | | |
| Komu przekazywane są moje dane osobowe? | <ul style="list-style-type: none"> dostawcom usług zaopatrujących LMG w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających LMG w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym), zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez LMG z tytułu umowy ubezpieczenia, podmiotom leczniczym wykonującym ochronę zdrowotną w ramach umowy ubezpieczenia. | | | | | | | | |
| Czy moje dane są przekazywane poza Unię Europejską? | Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Unii Europejskiej. Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną umowę pomiędzy LMG a tym podmiotem, zawierającą standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską. | | | | | | | | |
| Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe? | Przechowujemy Twoje dane osobowe przez okres 3 lat po wygaśnięciu/rozwiązaniu umowy ubezpieczenia. Z zastrzeżeniem tego terminu, jeżeli dane były przez nas przetwarzane w celu dochodzenia roszczeń (np. w postępowaniach windykacyjnych) przetwarzamy dane w tym celu przez okres przedawnienia roszczeń, wynikający z przepisów kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz ze względów podatkowych przetwarzamy przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Po upływie wyżej wymienionych okresów Twoje dane są usuwane lub poddawane anonimizacji. | | | | | | | | |
| Czy podanie danych jest moim obowiązkiem? | Zawarcie z nami umowy ubezpieczenia jest w pełni dobrowolne, jednakże jako podmiot ubezpieczeniowy jesteśmy zobowiązani do oznaczenia Twojej tożsamości i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem Twoich danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować niemożnością zawarcia umowy ubezpieczenia. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych posiadamy obowiązek prawny przetwarzania Twoich danych, brak ich podania może skutkować np. niemożnością wystawienia faktury czy imiennego rachunku na Twoją rzecz. Jeżeli podasz nam swój numer telefonu czy adres e-mail, odbywa się to na zasadzie dobrowolności – ich niepodanie nie będzie skutkowało odmową objęcia ochrony ubezpieczeniowej, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z Tobą w procesie realizacji umowy, np. przy likwidacji szkody. | | | | | | | | |
| Jakie mam prawa? | Jako administrator Twoich danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, możesz je również sprostować, żądać ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz także skorzystać z uprawnienia do złożenia wobec LMG sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Jeżeli chcesz skorzystać z któregośkolwiek z tych uprawnień - skontaktuj się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych. | | | | | | | | |
| Definicje i skróty | RODO - Rozporządzenie 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; ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej | | | | | | | | |