

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 - 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

OPIS WYKONANEJ USŁUGI:

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

Do wniosku dołączam:

1. oryginały faktury/rachunku - liczba załączników
2. kserokopie skierowania na badania (w przypadku wykonania badań diagnostycznych) - liczba załączników

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.

podpis Ubezpieczonego lub opiekuna prawnego