

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UBEZPIECZENIA MEDYCZNEGO****CZAS TRWANIA UMOWY: 12 MIESIĘCY****DANE OSOBOWE**

Imię i nazwisko:	
PESEL	
Adres:	
Telefon:	
Adres e-mail*:	

PAKIET MEDYCZNY

Zakres pakietu:	
Rodzaj pakietu:	

DANE CZŁONKÓW RODZINY (uzupełnij w przypadku wyboru pakietu partnerskiego/rodzinnego)

1.	Imię i nazwisko:	
	PESEL:	
	Adres:	
	Telefon*:	
	Adres e-mail*:	
2.	Imię i nazwisko:	
	PESEL:	
	Adres:	
	Telefon*:	
	Adres e-mail*:	
3.	Imię i nazwisko:	
	PESEL:	
	Adres:	
	Telefon*:	
	Adres e-mail*:	
4.	Imię i nazwisko:	
	PESEL:	
	Adres:	
	Telefon*:	
	Adres e-mail*:	

OŚWIADCZENIE GŁÓWNEGO BENEFICJENTA

Oświadczam, że posiadam zgodę Osób Uprawnionych na przekazanie ich danych w zakresie imienia, nazwiska oraz numeru PESEL (w przypadku cudzoziemców numeru paszportu) w celu zakupu na ich rzecz Pakietu Opieki Medycznej.

Data:

Podpis:

** podanie danych jest dobrowolne*

Klauzula informacyjna dla Pracownika

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, (dalej: „PZU Zdrowie”). W PZU Zdrowie powołany jest inspektor ochrony danych, do którego można kierować zapytania na adres e-mail: IODzdrowie@pzu.pl.

2. Pani/Pana dane osobowe zawarte w niniejszym formularzu będą przetwarzane przez PZU Zdrowie w następujących celach i na następujących podstawach prawnych:

1) dokonywania przez PZU Zdrowie rozliczeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w placówkach współpracujących z PZU Zdrowie S.A. oraz weryfikacji podwykonawców medycznych w zakresie jakości świadczonych usług na Pani/Pana rzecz – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f RODO w związku z art. 9 ust. 2 lit. h RODO;

2) wysłania linku aktywacyjnego do Serwisu w portalu mojePZU - na podstawie art.6 ust. 1 lit. a RODO.

3. Państwa dane osobowe nie będą przekazywane do państwa trzeciego ani do organizacji międzynarodowej.

4. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane :

1) w przypadku przetwarzania danych, o którym mowa w pkt 2 ppkt. 1 – do upływu okresu przedawnienia roszczeń związanych z prowadzeniem działalności gospodarczej;

2) w przypadku danych, o których mowa w pkt. 2 ppkt. 2 powyżej – do czasu realizacji celu, w którym zostały zebrane lub do czasu odwołania zgody.

5. Przysługuje Pani/Panu prawo do żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi dotyczącej przetwarzania Pani/Pana danych osobowych do organu nadzorczego. Pani/Pana dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji wywołujących wobec Pani/Pana skutki prawne.

6. W przypadku przetwarzania przez PZU Zdrowie S.A. Pani danych na podstawie zgody – w każdej chwili przysługuje Pani prawo do wycofania zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wycofanie zgody nie będzie wpływać na zgodność z prawem przetwarzania, którego to dokonano na podstawie tej zgody, przed jej cofnięciem.

7. Podanie danych osobowych w przypadkach, o których mowa w pkt 2 ppkt. 1 i 2 jest dobrowolne, jednak niezbędne do rozliczenia refundacji świadczeń w placówkach współpracujących z PZU Zdrowie S.A..