
imię i nazwisko pacjenta

PESEL

(w przypadku cudzoziemców – data urodzenia)

adres e-mail

telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W związku z zawarciem przez mojego pracodawcę z PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie umowy abonamentu medycznego wyrażam zgodę na uzyskanie przez PZU Zdrowie S.A. dostępu do mojej dokumentacji medycznej wytworzonej w związku z udzielaniem mi świadczeń zdrowotnych przez placówki medyczne współpracujące z PZU Zdrowie S.A.

TAK/NIE** Wyrażam zgodę na wysłanie maila powitalnego wraz z informacją o możliwości założenia konta w portalu moje.pzu.pl na wskazany wyżej adres e-mail .

podpis Pacjenta lub przedstawiciela ustawowego Pacjenta

* Adres e-mail należy wpisać jeżeli wyraża Pani/Pan zgodę na wysłanie maila powitalnego. Jeżeli nie wyraża Pani/Pan zgody na wysłanie maila powitalnego, to podanie adresu e-mail nie jest niezbędne.

** Należy skreślić nieprawidłowe

Klauzula informacyjna dla Pracownika

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest PZU Zdrowie S.A. z siedzibą w Warszawie, przy Rondzie Ignacego 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 aktywnego 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..