

## Wniosek o zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z „RODO”

DANE UBEZPIECZONEGO (podanie danych jest wymagane)			
Imiona:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	<input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>	Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	<input style="width: 40%;" type="text"/>
PESEL:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Państwo urodzenia:	<input style="width: 40%;" type="text"/>
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Obywatelstwo:	<input style="width: 40%;" type="text"/>
Zawód (nazwa/ stanowisko):	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Adres zamieszkania			
Ulica:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nr domu:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Nr mieszkania:	<input style="width: 20%;" type="text"/>
Miejscowość:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Kod pocztowy:	<input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/>
Poczta:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Kraj:	<input style="width: 40%;" type="text"/>

DANE ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE (podanie danych jest wymagane w przypadku, gdy osoba zgłaszająca nie jest Ubezpieczonym)			
Imiona:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Nazwisko:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)	<input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/> / <input style="width: 20%;" type="text"/>	Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:	<input style="width: 40%;" type="text"/>
PESEL:	<input style="width: 20%;" type="text"/>	Państwo urodzenia:	<input style="width: 40%;" type="text"/>
Płeć:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	Obywatelstwo:	<input style="width: 40%;" type="text"/>
Stopień pokrewieństwa z Ubezpieczonym:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Poniższe wypełnić w przypadku, gdy uprawniony jest przedsiębiorcą lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej			
Nazwa firmy:	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
NIP:	<input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/> - <input style="width: 20%;" type="text"/>	REGON:	<input style="width: 40%;" type="text"/>

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ZGŁASZAJĄCEGO ROSZCZENIE	
<p><b>UPOWAŻNIENIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ</b></p> <p>1) Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A., od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres udostępnionych Open Life TU Życie S.A. informacji o moim stanie zdrowia może obejmować informacje o:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;</li> <li>b) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;</li> <li>c) wynikach przeprowadzonych konsultacji;</li> <li>d) przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.</li> </ul> <p>2) Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez Open Life TU Życie S.A. od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności Open Life TU Życie S.A. oraz wysokości świadczenia.</p>	
<p><b>INNE OŚWIADCZENIA</b></p> <p>3) Oświadczam, iż przesłane kopie dokumentów są zgodne z posiadanymi przeze mnie oryginałami lub uwierzytelnionymi przez uprawnione podmioty kopiami dokumentów. Mam świadomość, że Open Life TU Życie S.A. zastrzega sobie prawo żądania do wglądu oryginałów dokumentów. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie i/lub przerobienie dokumentu, i posługiwanie się takim dokumentem jako autentycznym może spowodować negatywne konsekwencje określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, w tym może zostać uznane za przestępstwo w rozumieniu kodeksu karnego.</p>	

Miejscowość i data podpisania (dd/mm/rrrr)	Czytelny podpis zgłaszającego roszczenie

## Wniosek o zgodę na przetwarzanie danych zgodnie z „RODO”

### OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOTYCZĄCY PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

#### 1. Administrator danych

Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 00-877), al. „Solidarności” 171. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem [www.openlife.pl/kontakt/](http://www.openlife.pl/kontakt/), adres email: [info@openlife.pl](mailto:info@openlife.pl), telefonicznie pod numerem: 801 222 333 lub +48 22 101 41 60 od poniedziałku do piątku w dni powszednie w godzinach 8:00 – 16:00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

#### 2. Inspektor Ochrony Danych

U Administratora danych wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych. Z Inspektorem można skontaktować się mailowo poprzez kontakt na adres: [iod@openlife.pl](mailto:iod@openlife.pl) lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, al. „Solidarności” 171, 00-877 Warszawa.

#### 3. Cele przetwarzania, podstawy prawne przetwarzania i prawnie uzasadnione interesy realizowane przez Administratora danych

Towarzystwo Ubezpieczeń będzie przetwarzać dane osobowe, w celu:

- 1) wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczenia – podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora danych obowiązków wynikających z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność do wykonania Umowy ubezpieczenia, której stroną jest osoba której dane dotyczą lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą. Podstawą prawną dla przetwarzania danych o stanie zdrowia jest niezbędność do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń;
- 2) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu;
- 3) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowej z innymi państwami;
- 4) ewentualnego podejmowania czynności związanych z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym w przypadku podejrzenia popełnienia przestępstwa na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń w celu i zakresie niezbędnym do zapobiegania temu przestępstwu - podstawą prawną przetwarzania jest wypełnienie przez Administratora danych obowiązków wynikających z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, lub niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest możliwość zapobiegania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Towarzystwa Ubezpieczeń;
- 5) ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z zawartą Umową ubezpieczenia - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń.

#### 4. Odbiorcy danych osobowych

Odbiorcami danych osobowych mogą być: zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Rzecznik Finansowy, organy administracji państwowej na podstawie i w granicach obowiązujących przepisów prawa, z których wynika obowiązek udostępnienia danych, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej, kancelarie prawne świadczące usługi prawne na rzecz Administratora danych. Dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym te dane na zlecenie Administratora danych, w szczególności Agentom obsługującym Umowę ubezpieczenia, dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów, lekarzom orzecznikom przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem danych w sposób zgodny z poleceniami Administratora danych.

#### 5. Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej

Dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarcym.

#### 6. Przechowywanie danych osobowych

Dane osobowe przechowywane będą do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami.

#### 7. Prawa osoby, której dane dotyczą

Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora danych dostępu do swoich danych osobowych, oraz ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora danych lub przez stronę trzecią, osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania dotyczących jej danych osobowych. W zakresie, w jakim dane osobowe osoby której dane dotyczą są przetwarzane w celu zawarcia i wykonania Umowy ubezpieczenia lub przetwarzania na podstawie zgody, a przetwarzanie odbywa się w sposób zautomatyzowany - osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora danych przeniesienia swoich danych osobowych. Realizacja tego prawa polega na możliwości żądania przekazania przez Administratora danych osobowych osobie której dane dotyczą w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Osoba której dane dotyczą może przesłać te dane innemu Administratorowi danych lub ma prawo żądania od Administratora danych przesłania swoich danych osobowych bezpośrednio innemu Administratorowi danych, o ile jest to technicznie możliwe. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany w ust. 1 lub ust. 2 powyżej.

#### 8. Prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego

Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).

#### 9. Dobrowolność lub obowiązek podania danych i ich konsekwencje

Podanie danych osobowych, w zakresie wskazanym w niniejszym formularzu, jest dobrowolne, lecz niezbędne do wykonania Umowy ubezpieczenia, w tym wypłaty świadczenia. W przypadku niepodania danych osobowych w zakresie wskazanym w formularzu zgłoszenia roszczenia, w tym danych osobowych o stanie zdrowia może nie być możliwe wykonanie Umowy ubezpieczenia, w tym dokonanie wypłaty świadczenia na rzecz uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.