

WNIOSEK O ZMIANĘ UPOSAŻONYCH I OSÓB UPRAWNIONYCH

Nr rachunku ubezpieczonego

Nr pracodawcy

Nr oddziału

Dane pracodawcy (pieczętka)

* wypełnia ubezpieczający (pracodawca)

Dane ubezpieczonego (pracownika)

Imiona

Nazwisko

PESEL

Dane osoby składającej wniosek w imieniu ubezpieczonego

Imiona

Nazwisko

Płeć K/M

PESEL

Data urodzenia

Obywatelstwo

Rodzaj dokumentu tożsamości:

dowód osobisty

paszport*

Karta stałego pobytu**

Seria i nr dokumentu

Data ważności dokumentu

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

* dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego

** dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego oraz paszportu

Dane osób uprawnionych (osoby uprawnione do otrzymania zgromadzonych środków)

WAŻNE: Wskazanie nowych osób uprawnionych jest równoznaczne z odwołaniem dotychczasowego wskazania.

| Imię i nazwisko | Data urodzenia (DD/MM/RRRR) lub PESEL | % świadczenia* |
|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

* podział musi być określony procentowo z dokładnością do 1% oraz sumować się do 100%

Dane uposażonych (osoby uprawnione do otrzymania sumy ubezpieczenia)

WAŻNE: Wskazanie nowych uposażonych jest równoznaczne z odwołaniem dotychczasowego wskazania.

- wskazuję te same osoby, które wskazałam(em) jako osoby uprawnione
- wskazuję inne osoby zgodnie z poniższym podziałem:

| Imię i nazwisko lub Nazwa** | Data urodzenia (DD/MM/RRRR) lub PESEL lub REGON lub NIP ** | % świadczenia* |
|-----------------------------|--|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

* podział musi być określony procentowo z dokładnością do 1% oraz sumować się do 100%

** tylko w przypadku osób niebędących osobami fizycznymi

- niniejszym odwołuję wszystkich uposażonych i tym samym rezygnuję ze wskazania uposażonych
- niniejszym odwołuję wszystkie osoby uprawnione i tym samym rezygnuję ze wskazania osób uprawnionych

Oświadczam, że znane mi są wszelkie konsekwencje odwołania uposażonych/osób uprawnionych wynikające z ogólnych warunków ubezpieczenia.

Dokumenty

WAŻNE: złożyć wniosek za pośrednictwem ubezpieczającego (pracodawcy) prowadzącego program.

Składając wniosek osobiście pamiętaj, żeby przedstawić ubezpieczającemu:

- dokument potwierdzający Twoją tożsamość

W przypadku, gdy występujesz z wnioskiem w imieniu ubezpieczonego tj. jako przedstawiciel przedstaw ubezpieczającemu:

- ✓ dokument potwierdzający Twoją tożsamość
- ✓ dokument potwierdzający Twoje umocowanie do występowania z wnioskiem w imieniu ubezpieczonego np. pełnomocnictwo, orzeczenie sądu
- ✓ inne (jakie?) _____

Pamiętaj, że kopie dokumentów muszą być potwierdzone przez uprawnionego pracownika ubezpieczającego (pracodawcy), notariusza lub uprawnionego pracownika ubezpieczyciela.

Data złożenia wniosku
DD/MM/RRRR

Czytelny podpis osoby składającej wniosek

Potwierdzam, że powyższe podpisy i dokumenty zostały złożone osobiście w mojej obecności po potwierdzeniu z dokumentem tożsamości:

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport Karta stałego pobytu

Seria i nr dokumentu

Data ważności dokumentu

Data przyjęcia wniosku
DD/MM/RRRR

Pieczęć imienna oraz czytelny podpis osoby reprezentującej
Ubezpieczającego (pracodawcę)

WAŻNE. Wypełniony wniosek należy przekazać ubezpieczającemu (pracodawcy)

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

W wykonaniu obowiązku określonego zapisami art. 13 Rozporządzenia 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 („Ogólne rozporządzenie o ochronie danych”) („RODO”) podajemy co następuje:

Administrator danych

Administratorem danych osobowych jest Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na Życie z siedzibą w Warszawie (01-224), przy ul. Marcina Kasprzaka 25.

Dane kontaktowe

Z administratorem można się skontaktować poprzez adres email: iod@polskigaztuw.pl, telefonicznie pod numerem +48 22 230 23 03 lub pisemnie na adres siedziby administratora. Wszelką korespondencję w sprawach związanych z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych prosimy kierować na ww. adres Administratora z dopiskiem "Dane osobowe" lub na skrzynkę mailową iod@polskigaztuw.pl.

Inspektor ochrony danych

U administratora danych osobowych wyznaczony jest inspektor ochrony danych, z którym można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez email: iod@polskigaztuw.pl lub pisemnie na adres siedziby administratora.

Cele przetwarzania oraz podstawa prawna przetwarzania

Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu:

- 1) przystąpienia do pracowniczego programu emerytalnego prowadzonego w formie grupowej umowy ubezpieczenia, na życie, jej wykonywania, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie art. 41 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, a także wykonywania innych czynności ubezpieczeniowych na podstawie tej ustawy oraz zobowiązań w zakresie przechowywania dokumentacji ubezpieczeniowej przez okres związany z przedawnieniem roszczeń z zawartej umowy ubezpieczenia;
- 2) w celu marketingowym, w tym analizy marketingowej oraz oferowania własnych usług i produktów za pośrednictwem usług pocztowych. Wykonanie działań marketingowych za pośrednictwem poczty elektronicznej lub drogą telefoniczną wymaga uzyskania Pani/Pana dobrowolnej zgody;
- 3) rachunkowym – podstawą prawną przetwarzania są przepisy ustawy o rachunkowości;
- 4) wypełniania przez administratora innych obowiązków wynikających z przepisów prawa;
- 5) podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym;
- 6) obrony przed roszczeniami związanymi z umową ubezpieczenia.

Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest art. 6 ust.1 pkt a), b), c) i f) RODO tj.:

- 1) udzielona zgoda co do działań marketingowych wykonywanych za pośrednictwem poczty elektronicznej lub drogą telefoniczną;
- 2) niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze;
- 3) niezbędność do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Administratora; uzasadnionym interesem administratora jest m.in. marketing własny, wykonywanie umowy ubezpieczenia zawartej z Ubezpieczającym, możliwość obrony przed roszczeniami wynikającymi z zawartej umowy ubezpieczenia, możliwość przeciwdziałania i ściganie przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń.

Pani/Pana dane nie będą poddane zautomatyzowanemu podejmowaniu decyzji wobec osób, których dane osobowe dotyczą.

Informacja o wymogu podania danych/jakie będą konsekwencje nie podania danych?

Ma Pani/Pan prawo do cofnięcia wyrażonej zgody w dowolnym momencie. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania Państwa danych, którego dokonano na podstawie udzielonej zgody przed jej cofnięciem.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest niezbędne dla realizacji procesu przystąpienia do umowy ubezpieczenia i jej wykonywania, a odmowa ich podania uniemożliwia objęcie Pani/Pana ochroną ubezpieczeniową.

W pozostałych przypadkach opiera się na dobrowolnej zgodzie lub przepisach prawa, jednakże niepodanie danych w zakresie wymaganym przez Administratora może uniemożliwić wykonanie przez niego usług.

Okres przechowywania danych

Pana/Pan dane osobowe będą przechowywane przez administratora:

- 1) przez min. 10 lat licząc od dnia ustania ochrony ubezpieczeniowej, albo od dnia uprawomocnienia się orzeczenia stwierdzającego roszczenie wydane przez sąd, sąd polubowny lub inny organ właściwy do rozpoznawania spraw danego rodzaju, albo orzeczenia stwierdzającego ugodę zawartą przed mediatorem. Termin ten ulega wydłużeniu w przypadkach, w których nastąpi zdarzenie przerywające jego bieg, w tym zgłoszenie roszczenia lub wszczęcie postępowania sądowego.
- 2) do momentu, w którym zaistnieją wszystkie następujące okoliczności:
 - a) wygasły wszystkie prawnie usprawiedliwione interesy Administratora stanowiące podstawy przetwarzania tych danych;
 - b) wygasł wynikający z przepisów prawa obowiązek przetwarzania tych danych przez Administratora.

Odbiorcy danych

Pani/Pana dane osobowe moga być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom, którym administrator jest zobowiązany udostępnić Pana/Pani dane osobowe na podstawie obowiązujących przepisów prawa; innym zakładom ubezpieczeń na podstawie obowiązujących przepisów prawa lub za Pani/Pana zgodą; podmiotom wykonującym działalność leczniczą w ramach i na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego, weryfikacji podanych informacji o stanie zdrowia lub ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia na podstawie Pani/Pana zgody; innym podmiotom upoważnionym do otrzymania informacji objętych tajemnicą ubezpieczeniową na podstawie przepisu prawa, wskazanym w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w trybie i na zasadach tam opisanych.

Pani/Pana dane moga być przekazywane również podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. podmiotom zajmującym się organizacją i realizacją świadczeń, dostawcom usług IT w związku utrzymania elementów infrastruktury informatycznej, w tym systemów informatycznych administratora, podmiotom świadczącym czynności z zakresu oceny ryzyka ubezpieczeniowego lub oceny skutków zdarzeń w związku z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, realizacji procesu podmiotom realizującym proces obsługi umowy ubezpieczenia; kancelariom prawnym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

Przekazywanie danych poza EOG

Pani/Pana dane osobowe nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach *poza Europejskim Obszarem Gospodarczym*.

Prawa osoby, której dane dotyczą

Na zasadach opisanych w art. 15-21 RODO przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania jeżeli dane są nieprawidłowe, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – przysługuje Pani/Panu także prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego.

W przypadku wątpliwości co do prawidłowości przetwarzania Pani/Pana danych osobowych przez Administratora a także gdy uzna Pan/pani iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. Urzędu Ochrony Danych Osobowych z siedzibą w Warszawie przy ul. Stawki 2 (00-193 Warszawa).