

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA – ŚMIERĆ UBEZPIECZONEGO

Nr rachunku ubezpieczonego

Nr pracodawcy

Nr oddziału

Dane pracodawcy (pieczętka)

* wypełnia ubezpieczający (pracodawca)

Dane zmarłego ubezpieczonego (pracownika)

Imiona

Nazwisko

PESEL

Dane dotyczące śmierci ubezpieczonego (pracownika)

Data zgonu:

Miejsce zgonu: w szpitalu w domu na ulicy w pracy

inne (jakie)

Przyczyna zgonu

Czy w związku ze śmiercią ubezpieczonego (pracownika) prowadzone jest dochodzenie lub toczy się postępowanie sądowe lub prokuratorskie?

TAK

NIE

Jeśli zaznaczono „TAK” prosimy o podanie adresu komendy policji, prokuratury lub sądu prowadzących dochodzenie wraz z sygnaturą akt.

Dane osoby uprawnionej do świadczenia

<input type="text"/>												<input type="text"/>											
Imiona																							
<input type="text"/>																							
Nazwisko																							
<input type="text"/>																							
Płeć K/M																							
<input type="text"/>												<input type="text"/>						<input type="text"/>					
PESEL												Data urodzenia						Obywatelstwo					
Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport* <input type="checkbox"/> Karta stałego pobytu**																							
<input type="text"/>						<input type="text"/>						<input type="text"/>						<input type="text"/>					
Seria i nr dokumentu												Data ważności dokumentu											

Adres do korespondencji

<input type="text"/>																							
Ulica																							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>															
Nr domu				Nr lokalu				Miejscowość															
<input type="text"/>						<input type="text"/>												<input type="text"/>					
Kod pocztowy						Poczta												Kraj					

Nr telefonu do kontaktu

<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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

* dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego

** dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego oraz paszportu

Dane osoby składającej wniosek w imieniu osoby uprawnionej do świadczenia

Należy wypełnić jeśli wniosek składa pełnomocnik, rodzic małoletniego lub opiekun prawny

<input type="text"/>												<input type="text"/>											
Imiona																							
<input type="text"/>																							
Nazwisko																							
<input type="text"/>																							
Płeć K/M																							
<input type="text"/>												<input type="text"/>						<input type="text"/>					
PESEL												Data urodzenia						Obywatelstwo					
Rodzaj dokumentu tożsamości: <input type="checkbox"/> dowód osobisty <input type="checkbox"/> paszport* <input type="checkbox"/> Karta stałego pobytu**																							
<input type="text"/>						<input type="text"/>						<input type="text"/>						<input type="text"/>					
Seria i nr dokumentu												Data ważności dokumentu											

Adres do korespondencji

<input type="text"/>																							
Ulica																							
<input type="text"/>				<input type="text"/>				<input type="text"/>															
Nr domu				Nr lokalu				Miejscowość															
<input type="text"/>						<input type="text"/>												<input type="text"/>					
Kod pocztowy						Poczta												Kraj					

* dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego

** dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego oraz paszportu

Forma wypłaty zgromadzonych środków

WAŻNE: Pamiętaj, że suma ubezpieczenia wypłacana jest uposażonemu w formie jednorazowej. Osoba uprawniona może wskazać formę i sposób wypłaty środków zgromadzonych na rachunku zmarłego ubezpieczonego (pracownika). Wypłata może być dokonana w formie jednorazowej lub ratalnej. Wypłata transferowa do IKE dokonywana jest w formie jednorazowej na rachunek bankowy instytucji finansowej prowadzącej IKE.

Wnoszę o dokonanie wypłaty zgromadzonych środków:

jednorazowo

ratalnie (określ częstotliwość oraz liczbę rat albo kwotę raty):

częstotliwość: miesięczna kwartalna półroczna roczna

liczba rat: kwota raty: zł

zaznacz jeśli chcesz otrzymać świadczenie w terminie późniejszym niż 1 miesiąc, od dnia złożenia wniosku:

wskazuję następujący dzień rozpoczęcia realizacji wniosku:

Wnoszę o dokonanie wypłaty transferowej na Indywidualne Konto Emerytalne (IKE)

Wypłatę transferową proszę przekazać do:

Nazwa instytucji finansowej

Numer rachunku bankowego

Sposób wypłaty zgromadzonych środków

Przelew bankowy

Imiona

Nazwisko

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy na adres

Imiona

Nazwisko

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Sposób wypłaty sumy ubezpieczenia

wskazuję taki sam sposób wypłaty sumy ubezpieczenia jak dla wypłaty zgromadzonych środków

Przelew bankowy

Imiona

Nazwisko

Numer rachunku bankowego

Przekaz pocztowy na adres

Imiona

Nazwisko

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Oświadczenia

Proszę o przesyłanie mi dokumentów i informacji związanych z obsługą zgłoszonego roszczenia (**wybierz jedną z poniższych opcji**):

w postaci elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej na wskazany adres e-mail

Adres e-mail

listownie w postaci papierowej

Wskazując numer telefonu do kontaktu wyrażam zgodę na kontakt telefoniczny związany z obsługą zgłoszonego roszczenia.

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

Pieczętka imienna oraz czytelny podpis osoby reprezentującej
Ubezpieczającego (pracodawcę)

WAŻNE: złóż wniosek o wypłatę świadczenia:

1. za pośrednictwem ubezpieczającego (pracodawcy) prowadzącego program lub
2. prześlij bezpośrednio na adres:

Polski Gaz TUW na Życie
skr. poczt. nr 8
02-696 Warszawa 113

Lista dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia zasadności roszczenia

Rola	Wymagane dokumenty	Rodzaj dokumentu
Uposażony/osoba uprawniona		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada pełną zdolność do czynności prawnych ▪ składa wniosek samodzielnie 	1, 4, 5	1. dokument potwierdzający tożsamość odpowiednio do roli: uposażonego/osoby uprawnionej, członka rodziny, spadkobiercy 2. dokument potwierdzający tożsamość pełnomocnika 3. dokument potwierdzający tożsamość przedstawiciela 4. odpis skrócony aktu zgonu ubezpieczonego 5. karta zgonu potwierdzająca przyczynę zgonu (wyłącznie w przypadku, gdy śmierć ubezpieczonego nastąpiła w pierwszych 2 latach od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej) 6. dokument potwierdzający umocowanie pełnomocnika do występowania z wnioskiem np. pełnomocnictwo 7. odpis skrócony aktu urodzenia odpowiednio do roli: uposażonego/osoby uprawnionej, członka rodziny, spadkobiercy lub orzeczenie sądu o ustanowieniu opieki nad uposażonym/osobą uprawnioną, członkiem rodziny, spadkobiercą (opiekun prawny) 8. odpis skrócony aktu małżeństwa, w przypadku wniosku składanego przez małżonkę/małżonka ubezpieczonego 9. odpis skrócony aktu urodzenia osoby uprawnionej do świadczenia, w przypadku wniosku składanego przez pełnoletnie dziecko ubezpieczonego 10. odpis skrócony aktu urodzenia ubezpieczonego, w przypadku wniosku składanego przez rodzica ubezpieczonego 11. odpis skrócony aktu urodzenia ubezpieczonego, w przypadku wniosku składanego przez rodzeństwo ubezpieczonego oraz odpis skrócony aktu urodzenia siostry/brata ubezpieczonego 12. odpis postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub sporządzony przez notariusza akt poświadczenia dziedziczenia
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada pełną zdolność do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez pełnomocnika 	2, 4, 5, 6	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez przedstawiciela 	3, 4, 5, 7	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez pełnomocnika przedstawiciela 	2, 4, 5, 6, 7	
Członek rodziny (w przypadku, gdy nie wskazano osoby uprawnionej/ uposażonego)		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada pełną zdolność do czynności prawnych ▪ składa wniosek samodzielnie 	1, 4, 5, 8 albo 9 albo 10 albo 11	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada pełną zdolność do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez pełnomocnika 	2, 4, 5, 6, 8 albo 9 albo 10 albo 11	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez przedstawiciela 	3, 4, 5, 7, 8 albo 9 albo 10 albo 11	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez pełnomocnika przedstawiciela 	2, 4, 5, 6, 7, 8 albo 9 albo 10 albo 11	
Spadkobierca		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada pełną zdolność do czynności prawnych ▪ składa wniosek samodzielnie 	1, 4, 5, 12	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ posiada pełną zdolność do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez pełnomocnika 	2, 4, 5, 6, 12	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez przedstawiciela 	3, 4, 5, 7, 12	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ nie posiada pełnej zdolności do czynności prawnych ▪ składa wniosek przez pełnomocnika przedstawiciela 	2, 4, 5, 6, 7, 12	

Pamiętaj, że:

1. wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii
2. kserokopie składanych dokumentów należy potwierdzić za zgodność z oryginałem przez uprawnionego pracownika ubezpieczającego (pracodawcy), notariusza lub uprawnionego pracownika ubezpieczyciela
3. dokumenty sporządzone w języku obcym powinny zostać przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego
4. ubezpieczyciel może zwrócić się o dostarczenie innych dokumentów niezbędnych do ustalenia jego odpowiedzialności

WAŻNE: złóż wniosek o wypłatę świadczenia za pośrednictwem ubezpieczającego (pracodawcy) prowadzącego program lub prześlij bezpośrednio na adres: Polski Gaz TUW na Życie, skr. poczt. nr 8, 02-696 Warszawa 113.

Formularz oświadczenia o statusie PEP

Zgodnie z art. 46 ust. 3 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na Życie jest zobowiązane ustalić czy uprawniony z umowy ubezpieczenia jest osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP).

Dane dotyczące uprawnionego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imiona

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Data urodzenia

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport* Karta stałego pobytu**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Seria i nr dokumentu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data ważności dokumentu

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kraj zamieszkania

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obywatelstwo

* dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego

** dotyczy osób nie posiadających obywatelstwa polskiego oraz paszportu

Będąc świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, niniejszym oświadczam, że w rozumieniu ustawy z 1 marca 2018 o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu*:

jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne (PEP)

proszę podać zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję oraz nazwę organu, w którym jest zajmowane stanowisko lub jest pełniona funkcja publiczna - patrz Objaśnienie

jestem członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

proszę podać imię i nazwisko PEP'a oraz powiązanie z tą osobą, a także zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję przez PEP'a oraz nazwę organu, w którym PEP zajmuje stanowisko lub pełni funkcję publiczną - patrz Objaśnienie

jestem współpracownikiem osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

proszę podać imię i nazwisko PEP'a oraz powiązanie z tą osobą a także zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję przez PEP'a oraz nazwę organu, w którym PEP zajmuje stanowisko lub pełni funkcję publiczną - patrz Objaśnienie

nie jestem żadnym z wyżej wymienionych podmiotów

Niniejsze oświadczenie składam w związku ze zgłoszeniem roszczenia o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego.

Miejscowość, data (DD/MM/RRRR)

Czytelny podpis uprawnionego

***Objaśnienie:**

Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 3, 11, 12 Ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu przez:

1. osoby zajmujące eksponowane stanowiska polityczne - rozumie się przez to osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:
 - a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wiceministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
 - b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
 - c) członków organów zarządzających partii politycznych,
 - d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
 - e) członków trybunałów obrachunkowych lub zarządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
 - f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
 - g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
 - h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organów organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
 - i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnym i centralnym organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej,
2. członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się:
 - a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
 - b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
 - c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne,
3. osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne – rozumie się:
 - a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
 - b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

Klauzula informacyjna dla uposażonego/osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia

Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych

W wykonaniu obowiązku określonego zapisami art. 14 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.

Skąd pozyskaliśmy dane osobowe

Pani/Pana dane osobowe jako ubezpieczonego zostały pozyskane od ubezpieczającego w procesie wykonywania umowy ubezpieczenia.

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 przestępstw 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

Pani/Pana 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 Pani/Pana 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 Pani/Pan 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).