

UBEZPIECZAJĄCY: POENERGIS Sp. z o.o.	Numer Deklaracji zgody:
---	-------------------------

Pełen obowiązek informacyjny o przetwarzaniu danych osobowych znajduje się w załączniku nr 2 do niniejszej Deklaracji zgody.

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO (*pole obligatoryjne)			
Imiona*:			Nazwisko*:
Data urodzenia: (dd/mm/rrrr)*	PESEL*:	Obywatelstwo*:	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości:			
Adres zamieszkania:	Ulica*:	Nr domu*	Nr mieszkania:
	Miejscowość*:	Poczta*:	
	Kraj zamieszkania*:	Kod pocztowy*:	
	e-mail:	Tel. kontaktowy:	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania):	Ulica:	Nr domu:	Nr mieszkania:
	Miejscowość:	Poczta:	
	Kraj:	Kod pocztowy:	

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA (ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ)			
Szczegółowe informacje o Wariantach ochrony oraz Wariantach Dodatkowych są określone w Umowie ubezpieczenia.			
Wariant Ochrony Podstawowy*:	Składka miesięczna za wybrany Wariant ochrony (podstawowy)*:		
Wariant Dodatkowy 1 Małżonek/ Partner/ Dorosłe dziecko	Liczba osób:	Składka miesięczna za Wariant Dodatkowy	4,50 zł za każdą osobę
Wariant Dodatkowy 2 Niepełnoletnie dziecko	Liczba osób:	Składka miesięczna za Wariant Dodatkowy	3,50 zł za każdą osobę
Wariant Dodatkowy 3 Rodzic	Liczba osób:	Składka miesięczna za Wariant Dodatkowy	6,00 zł za każdą osobę
Prosimy zwrócić uwagę, iż łączna składka miesięczna będzie obejmowała należności z tytułu wszystkich wybranych ubezpieczeń, tj. składkę należną z tytułu wybranego Wariantu ochrony oraz składkę należną z tytułu wybranego/ych Wariantów Dodatkowych (opcjonalnie).			

DANE PARTNERA:	
Podanie danych Partnera (tj. osoby spełniającej warunki definicji określonej w odpowiednich Warunkach Ubezpieczeń Dodatkowych) jest niezbędne do uzyskania Świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego związanego z Partnerem, przysługującego na podstawie odpowiednich Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych (pod warunkiem wybrania Wariantu Ubezpieczeniowego, który te Świadczenia ubezpieczeniowe obejmuje).	
Imię i nazwisko:	PESEL albo data urodzenia (dd/mm/rrrr):

DANE UPOSAŻONYCH WSKAZYWANYCH PRZEZ UBEZPIECZONEGO			
Imię, Nazwisko/ Nazwa	PeSEL albo data urodzenia (dd/mm/rrrr)	Regon	Stopień pokrewieństwa
			Udział w świadczeniu
			%
			%
			%
			%
Razem:			100%

Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody doręczono mi Warunki Ubezpieczenia Grupowego na Życie oraz Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowego oraz dokumentację Umowy ubezpieczenia określającą Warianty ochrony, na podstawie których została zawarta Umowa ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach tam określonych pod prawem polskim, w tym na wysokość sum ubezpieczenia wskazanych w Wariantach ochrony, zgodnie ze wskazaniem w Deklaracji zgody. Oświadczam także, że przed podpisaniem Deklaracji zgody doręczono mi treść postanowień szczególnych Umowy ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną z uwzględnieniem zmian tam określonych.

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data
podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO
OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO w celu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia - w przypadku nie wyrażenia zgody nie ma możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę/ <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody na przekazywanie przez Towarzystwo Ubezpieczeń na trwałym nośniku, w tym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, na wskazany przeze mnie adres e-mail, informacji, które Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, zobowiązana jest przekazywać zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami Ogólnych Warunków Ubezpieczenia oraz na przekazywanie w ten sposób wszelkich powiadomień, wniosków i oświadczeń Towarzystwa Ubezpieczeń, mających związek z Umową ubezpieczenia.
OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO ZWIĄZANE Z UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASSISTANCE MEDYCZNE (tylko dla osób, które wybrały Wariant Ochrony Podstawowy) - w przypadku nie wyrażenia zgody nie ma możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Assistance Medycznego.
1) Oświadczam, że przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody otrzymałem/am Warunki Ubezpieczenia Grupowego Assistance w AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 50B, 02-672 Warszawa i wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczne dla Klientów Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. zawartej pomiędzy Open Life Towa-

rzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. a AWP P&C S.A. Oddział w Polsce na warunkach określonych w Warunkach Ubezpieczenia Grupowego Ubezpieczenia Assistance.

- 2) Oświadczam, iż otrzymałem informację na temat przetwarzania danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należyte-go wykonywania umowy Ubezpieczenia. Oświadczam, że otrzymałem Politykę Prywatności AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, stanowiącą załącznik nr 3 do niniejszej Deklaracji. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx>.

ZGODA NA UDOSTĘPNIENIE DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, mam możliwość jej wycofania w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. Informacja dotycząca sposobu wycofania zgody została zamieszczona na stronie www.openlife.pl w zakładce Polityce Prywatności.

Wyrażam zgodę / **Nie wyrażam zgody** na udostępnienie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A. moich danych osobowych AWP P&C S.A. Oddział w Polsce, w celu wykonania zobowiązań AWP P&C S.A. Oddział w Polsce wynikających z Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance w zakresie: imion, nazwiska, daty urodzenia, numeru PESEL, wariantu ubezpieczenia, wysokości składki oraz daty rozpoczęcia ochrony Ubezpieczonego.

OŚWIADCZAM, ŻE REZYGNUJĘ Z ASSISTANCE MEDYCZNE (Należy zaznaczyć w celu rezygnacji z przystąpienia do Umowy grupowego ubezpieczenia Assistance Medyczne).

OŚWIADCZENIA O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższych zgód (pkt 1 - 3) na przetwarzanie moich danych osobowych, mam możliwość wycofania którejkolwiek lub wszystkich udzielonych tu zgód w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. Informacja dotycząca sposobu wycofania zgody została zamieszczona na stronie www.openlife.pl w zakładce Polityce Prywatności.

- Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na przetwarzanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych w zakresie obejmującym: imiona, nazwisko/a, dane adresowe, numery telefonów, adres e-mail, płeć, nr PESEL lub data urodzenia, informacje o dotychczasowych umowach ubezpieczenia w Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, w tym ich profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie umów ubezpieczeń i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o przeprowadzone profilowanie.
- Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na przesyłanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie informacji handlowych drogą elektroniczną, w tym na wskazany adres email.
- Wyrażam zgodę** / **Nie wyrażam zgody** na marketing bezpośredni przy użyciu telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (np. telefon, fax, sms/mms, mail) i automatycznych systemów wywołujących (np. IVR) przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie odpowiednio na wskazany numer telefonu lub adres email,

OŚWIADCZENIA O STANIE ZDROWIA

Objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach Umowy ubezpieczenia na podstawie Warunków Ubezpieczenia możliwe jest wyłącznie w przypadku udzielenia odpowiedzi „NIE” na wszystkie pytania. W przypadku udzielenia odpowiedzi „TAK” na co najmniej jedno pytanie, nie ma możliwości objęcia ochroną ubezpieczeniową. Udzielenie odpowiedzi na pytania niezgodnie z prawdą może stanowić powód odmowy wypłaty Świadczenia ubezpieczeniowego przez Towarzystwo Ubezpieczeń, w okresie 3 lat od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z postanowieniami Umowy ubezpieczenia.

- Czy w dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **orzeczono** wobec Pana/Pani niezdolność do pracy?
TAK NIE
- Czy dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **przebywa** Pan/Pani na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum?
TAK NIE
- Czy dniu podpisania niniejszej Deklaracji zgody **przebywa** Pan/Pani na urlopie macierzyńskim, urlopie bezpłatnym lub urlopie wychowawczym?
TAK NIE
- Czy Pan/Pani stan zdrowia poza profilaktyką zdrowotną wymaga regularnego nadzoru lub leczenia?
TAK NIE
- Czy przed podpisaniem niniejszej Deklaracji zgody zostały u Pana/Pani zdiagnozowane lub prowadzono u Pana/Pani diagnostykę bądź leczenie którejkolwiek z chorób wymienionych poniżej:
a) choroby niedokrwienne serca, to jest: zawał serca, choroba wieńcowa, dusznica bolesna; choroby tętnic, w tym miażdżycę i tętniak; uszkodzenie mózgu, guz mózgu, udar mózgu lub krwotok; choroba nadciśnieniowa; zaburzenia rytmu serca;
b) choroby nowotworowe, padaczka, cukrzyca;
c) gruźlica, astma, POChP (przewlekła obturacyjna choroba płuc);
d) niewydolność nerek; zwłóknienie i marskość wątroby; choroby trzustki;
e) wirusowe zapalenie wątroby typu C, dodatni antygen HBsAg lub HCV lub HIV we krwi;
TAK NIE
- Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był/a Pan /Pani hospitalizowany/a dłużej niż 5 dni?
TAK NIE
- Czy ubiega się Pan/Pani o przyznanie renty inwalidzkiej, orzeczenia o niezdolności do pracy oraz czy zostało ono Panu/Pani przyznane?
TAK NIE

Niniejsze oświadczenia składam dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data
podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Miejscowość i data
podpisania Deklaracji zgody (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

Podpis osoby uprawnionej

Załącznik nr 1 do Deklaracji Zgody

DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO (*pole obligatoryjne)			
Imiona*:		Nazwisko*:	
PESEL*:		Numer Deklaracji zgody:	

Oświadczenie Ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych o stanie zdrowia:

Oświadczam, że zostałem/zostałam poinformowany/a, że w przypadku wyrażenia poniższej zgody na przetwarzanie moich danych osobowych, mam możliwość jej wycofania w każdym czasie. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. Informacja dotycząca sposobu wycofania zgody została zamieszczona na stronie www.openlife.pl, w zakładce Polityka prywatności.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA z siedzibą w Warszawie moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w zakresie zawartym w złożonych dokumentach i oświadczeniach, w tym na kwestionariuszu medycznym jeżeli ma zastosowanie w ramach umowy ubezpieczenia oraz na etapie złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, jak również pochodzących od podmiotów wykonujących działalność leczniczą i udzielających świadczeń zdrowotnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia w celu:

- a) oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia - Tak, Nie
- b) przetwarzania moich danych osobowych, w tym danych o stanie zdrowia w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania osób zainteresowanych przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na potrzeby oceny ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia - Tak, Nie.

UPOWAŻNIENIA WYNIKAJĄCE Z USTAWY O DZIAŁALNOŚCI UBEZPIECZENIOWEJ I REASEKURACYJNEJ

- 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:
- 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;
 - przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - przyczynie śmierci ubezpieczonego,
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
- 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.
- 3) **Wyrażam zgodę** na udostępnianie Open Life TU Życie S.A., przez zakłady ubezpieczeń, a także przez Ubezpieczającego, danych osobowych w zakresie potrzebnym do:
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub
 - weryfikacji podanych danych,
 - ustalenia prawa do Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia i wysokości tego Świadczenia.

Niniejsze oświadczenia składałem dobrowolnie. Prawdziwość powyższych informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem.

Miejscowość i data
podpisania oświadczenia (dd/mm/rrrr)

Podpis Ubezpieczonego

OBOWIĄZEK INFORMACYJNY DOT. PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. [Administrator danych]

Administratorem danych osobowych jest Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie (kod: 01 -208), ul. Przyokopowa 33. Z Administratorem danych można się skontaktować poprzez: formularz kontaktowy pod adresem <https://new.openlife.pl/kontakt/>, adres email: 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 – 19:00 lub pisemnie na adres siedziby Administratora danych.

2. [Inspektor Ochrony Danych]

U Administratora danych wyznaczony jest Inspektor Ochrony Danych Z Inspektorem można skontaktować się poprzez kontakt na adres: iod@openlife.pl lub przesyłając pismo na adres: Inspektor Ochrony Danych Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna, ul. Przyokopowa 33, 01 -208 Warszawa.

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

Towarzystwo Ubezpieczeń będzie przetwarzać dane osobowe, w celu:

- 1) przystąpienia do Umowy ubezpieczenia grupowego, i jej wykonanie w tym dokonanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego, lub do podjęcia działań na żądanie osoby której dane dotyczą przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia grupowego lub niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych; w zakresie przetwarzania danych o stanie zdrowia podstawą prawną przetwarzania jest zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia;
- 2) ocena ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany, w tym w ramach profilowania przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia grupowego - podstawą prawną przetwarzania jest zgoda na przetwarzanie danych, w tym danych o stanie zdrowia w sposób zautomatyzowany, w tym w ramach profilowania przed zawarciem Umowy ubezpieczenia grupowego;
- 3) wypełnienia przez Administratora danych obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze danych wynikającego z przepisów ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu;
- 4) 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;
- 5) marketingu produktów własnych Administratora danych - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych w przypadku osób, które przystąpiły do Umowy ubezpieczenia grupowego na moment wykonywania czynności marketingu bezpośredniego. Prawnym uzasadnionym interesem Administratora danych jest marketing bezpośredni produktów lub usług własnych Administratora danych;
- 6) na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie Umów ubezpieczenia i przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie - podstawą prawną przetwarzania jest zgoda;
- 7) reasekuracji ryzyk - podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora danych jest zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z Umową ubezpieczenia grupowego, do której osoba, której dane dotyczą przystępuje.
- 8) 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 lub reasekuracyjnej, lub niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora danych; uzasadnionym interesem Administratora jest możliwość zapobiegania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna;
- 9) ewentualnego dochodzenia roszczeń związanych z Umową ubezpieczenia, grupowego - 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 dostawcy usług Assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, 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, Szeł 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 grupowego, brokerom, dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi archiwizacji dokumentów, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem danych w sposób zgodny z poleceniami Administratora.

5. [Przekazywanie danych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej]

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

6. [Przechowywanie danych osobowych]

Dane osobowe przechowywane będą do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia grupowego lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących Umowy ubezpieczenia grupowego, 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. W przypadku złożenia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych dla celów marketingu bezpośredniego, w tym profilowania, Administrator danych przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej dla tych celów, chyba że wykaże istnienie ważnych prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby której dane dotyczą lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub ochrony roszczeń. W przypadku jeżeli podstawą przetwarzania jest zgoda osoby, której dane dotyczą, w razie jej wycofania, Administrator danych przestanie przetwarzać dane osobowe przetwarzane wcześniej na podstawie zgody.

7. [Prawa osoby, której dane dotyczą]

Osobie której dane dotyczą przysługuje prawo żądania od Administratora 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 szczególności osobie której dane dotyczą przysługuje prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania swoich danych na potrzeby marketingu bezpośredniego, w tym profilowania. W zakresie, w jakim dane osobowe osoby, której dane dotyczą są przetwarzane w celu przystąpienia do i wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego 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 przestania 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 punktach 1 i 2 powyżej.

8. [Prawo do wycofania zgody]

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda, osoba, której dane dotyczą ma prawo wycofania zgody w każdym czasie.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody do czasu jej wycofania. W celu wycofania zgody należy skontaktować się z Administratorem danych lub Inspektorem Ochrony Danych w sposób wskazany w punktach 1 i 2 powyżej.

9. [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).

10. [Dobrowolność lub obowiązek podanie danych i ich konsekwencje]

Podanie danych osobowych, w związku z Umową ubezpieczenia grupowego, do której osoba, której dane dotyczą przystępuje, jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do niej i wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego. W przypadku niepodania danych osobowych w zakresie wskazanym w Deklaracji zgody lub kwestionariuszu medycznym, zgodnie z zapisami Warunków Ubezpieczenia, nie może dojść do objęcia ochroną ubezpieczeniową przez Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie SA. Podanie danych osobowych na potrzeby profilowania w celu marketingu produktów własnych dla określenia preferencji lub potrzeb w zakresie umów ubezpieczeń przedstawienia odpowiedniej oferty w oparciu o profilowanie oraz zgody na kontakt w celach marketingowych drogą elektroniczną bądź poprzez telefoniczne połączenia głosowe lub sms są dobrowolne i niezależne od przystąpienia i wykonania Umowy ubezpieczenia grupowego.

Załącznik nr 3 do Deklaracji Zgody

Zasady ochrony prywatności ubezpieczających i ubezpieczonych

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce („my”, „nas”, „nasze”), jest licencjonowanym ubezpieczycielem francuskim działającym w Polsce w formie oddziału. Niniejsze zasady ochrony prywatności wyjaśniają, w jaki sposób i jakiego rodzaju dane osobowe będą zbierane, w jakich celach będą one zbierane i komu będą udostępniane/ujawniane. Prosimy o uważne zapoznanie się z poniższymi informacjami.

1. Kim jest administrator danych?

Administrator danych to podmiot, który decyduje o przetwarzaniu danych osobowych, który odpowiada za ich przechowywanie i wykorzystanie.

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce jest właśnie administratorem danych.

2. Jakie dane osobowe będą zbierane?

Będziemy zbierać i przetwarzać różne rodzaje Państwa danych osobowych, zgodnie z poniższym wykazem:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nazwiŝko, imię (imiona) | <input type="checkbox"/> Numery telefonów |
| <input type="checkbox"/> PESEL | <input type="checkbox"/> Adres e-mail |
| <input type="checkbox"/> Adres zameldowania i zamieszkania | <input type="checkbox"/> Informacje o karcie kredytowej/debetowej i rachunku bankowym |
| <input type="checkbox"/> Data urodzenia | <input type="checkbox"/> Numer rejestracyjny pojazdu |
| <input type="checkbox"/> Płeć | <input type="checkbox"/> Numer VIN pojazdu |
| <input type="checkbox"/> Nr dokumentu tożsamości | |

Będziemy również zbierać i przetwarzać Państwa „wrażliwe dane osobowe”, takie jak dane z dokumentacji medycznej lub świadectw zgonu czy historii szkód.

3. W jaki sposób będziemy uzyskiwać i wykorzystywać Państwa dane osobowe?

Będziemy przetwarzać dane osobowe przekazane nam przez Państwa lub otrzymane przez nas bez Państwa udziału zgodnie z poniższym wyjaśnieniem i wykazem:

Cel	Czy wyrażają Państwo zgodę?
Zarządzanie umową ubezpieczenia (np. ustalenie wysokości składki, szacowanie ryzyka ubezpieczeniowego, likwidacja szkód)	Nie (z wyjątkiem sytuacji kiedy dane dotyczą stanu zdrowia oraz sytuacji kiedy nie są Państwo naszym klientem, a my nie mamy innej podstawy do przetwarzania Państwa danych, dlatego np. osoba zgłaszająca szkodę pytana jest o zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych).
W celu informowania Państwa, lub umożliwienia spółkom z Grupy AWP i wybranym osobom trzecim informowanie Państwa, o produktach i usługach, które naszym zdaniem mogą Państwa zainteresować, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi otrzymywania informacji marketingowych. Preferencje te mogą Państwo zmienić w dowolnym czasie. W razie zmiany decyzji w zakresie preferencji wskazanych powyżej, w tym wycofania zgody na którąkolwiek z powyższych pozycji, należy powiadomić nas klikając na link „Zaprzeŝtań subskrypcji” w każdej wiadomości e-mail z informacjami marketingowymi, lub kontaktując się z nami za pośrednictwem poczty elektronicznej lub telefonicznie, bądź w sposób opisany w pkt 9 poniżej.	Tak
Wypełnienie obowiązków (np. podatkowych, rachunkowych, administracyjnych) wynikających z przepisów prawa	Nie
W celu rozłożenia ryzyka poprzez reasekurację lub koasekurację	Nie

Na cele określone powyżej, nie wymagamy Państwa wyraźnej zgody (z wyjątkiem sytuacji kiedy podają Państwo dane dotyczące stanu zdrowia), dane są bowiem przetwarzane w celu wykonania umowy ubezpieczenia lub wykonania obowiązków wynikających z przepisów prawa.

Będziemy wymagać Państwa danych osobowych w wypadku zamiaru nabycia naszych produktów i usług. Jeżeli nie zechcą Państwo przekazać nam tych danych, możemy nie być w stanie udostępnić produktów i usług, o które się Państwo zwrócą lub które Państwa interesują, bądź dostosować naszej oferty do Państwa indywidualnych potrzeb.

W przypadku ofert ubezpieczenia, gdzie stosowany jest elektroniczny kalkulator wysokości składki (np. na dedykowanej do tego celu stronie www) będziemy podejmować w Państwa sprawie decyzje również w sposób zautomatyzowany, tzn. bez wpływu człowieka. Czynniki, jakie będziemy brać pod uwagę to stan zdrowia oraz docelowy kraj podróży.

Podczas podejmowania tej decyzji będziemy wykorzystywać tzw. profilowanie. Oznacza to, że będziemy oceniać podane przez Państwa informacje (np. dotyczące stanu zdrowia, daty urodzenia, długości i celu pobytu) i przyporządkowywać je do odpowiednich profili tworzonych na podstawie posiadanych przez nas danych statystycznych. Przykładowo, im więcej dużych szkód miało miejsce w danym miejscu, które zamierzają Państwo odwiedzić, tym większe może być ryzyko ubezpieczeniowe i w związku z tym składka ubezpieczeniowa może być wyższa.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji mają Państwo prawo do zakwestionowania tej decyzji, do przedstawienia nam własnego stanowiska lub przeanalizowania Państwa sytuacji i podjęcia decyzji przez naszego pracownika.

4. Kto będzie mieć dostęp do danych osobowych?

Zapewnimy, aby Państwa dane osobowe były przetwarzane w sposób zgodny z celami wskazanymi powyżej.

We wskazanych powyżej celach Państwa dane osobowe mogą być ujawniane następującym osobom trzecim będącym administratorami danych: organom publicznym, innym spółkom z Grupy AWP, innym ubezpieczycielom, koasekuratorom, reasekuratorom, pośrednikom i agentom ubezpieczeniowym oraz bankom.

We wskazanych powyżej celach możemy również udostępniać Państwa dane osobowe następującym podmiotom przetwarzającym dane na nasze zlecenie: innym spółkom z Grupy AWP, konsultantom technicznym, specjalistom, prawnikom, likwidatorom szkód, serwisantom, lekarzom i spółkom usługowym w celu realizacji działań (zgłoszenia szkód, obsługa informatyczna, usługi pocztowe, zarządzanie dokumentami) oraz podmiotom i sieciom świadczącym usługi reklamowe w celu przesyłania Państwu informacji marketingowych, na jakie zezwalają przepisy krajowego prawa, zgodnie z Państwa preferencjami dotyczącymi komunikacji. Bez Państwa zgody nie udostępniemy Państwa danych osobowych niepowiązanym osobom trzecim na ich własne cele marketingowe.

Ponadto możemy udostępniać Państwa dane osobowe w następujących przypadkach:

- w razie planowanej lub faktycznej reorganizacji, połączenia, sprzedaży, wspólnego przedsięwzięcia, cesji, zbycia lub innego rozporządzenia całością lub częścią naszego przedsiębiorstwa, majątku lub zapasów (w tym w ramach postępowania upadłościowego lub podobnego postępowania) lub
- w celu wypełnienia obowiązku wynikającego z przepisów prawa, w tym odpowiedniemu rzecznikowi praw, w razie złożenia przez Państwa skargi dotyczącej produktu lub usługi, którą Państwu sprzedaliśmy.

5. Gdzie będą przetwarzane dane osobowe?

Państwa dane osobowe mogą być przetwarzane na terytorium Europejskiego Obszaru Gospodarczego (EOG) lub poza nim przez podmioty wskazane w pkt 4, z zastrzeżeniem ograniczeń umownych dotyczących poufności i bezpieczeństwa informacji, zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie ochrony danych. Nie ujawnimy Państwa danych osobowych osobom, które nie są uprawnione do ich przetwarzania.

Open Life Towarzystwo Ubezpieczeń Życie Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Przyokopowej 33, 01-208 Warszawa, zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000292551, posiadająca numer REGON 141186640 i numer NIP 107-00-08-220, kapitał zakładowy zarejestrowany i w całości wpłacony wynosi 95 500 000 zł.

Przekazanie Państwa danych osobowych w celu ich przetwarzania przez inną spółkę z Grupy kapitałowej, do której należy AWP, poza EOG będzie się każdorazowo odbywać zgodnie z zatwierdzonymi wiążącymi regułami korporacyjnymi, które zapewniają odpowiednią ochronę danych osobowych i są prawnie wiążące dla wszystkich spółek z tej grupy kapitałowej. BCR oraz wykaz spółek należących do grupy, które są zobowiązane do ich stosowania, można znaleźć tu www.mondial-assistance.pl. W wypadku gdy nie będą miały zastosowania BCR Grupy, podejmiemy odpowiednie kroki, aby zapewnić należytą ochronę Państwa danych osobowych przekazywanych poza EOG, na takim samym poziomie jaki jest zapewniany w EOG. Jeżeli są Państwo zainteresowani zabezpieczeniami stosowanymi przez nas w wypadku przekazywania danych poza EOG (np. standardowe klauzule umowne), prosimy o kontakt z nami w sposób opisany w pkt 9.

6. Jakie uprawnienia przysługują Państwu w odniesieniu do danych osobowych?

O ile dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do:

- dostępu do swoich danych osobowych, które znajdują się w naszym posiadaniu, i poznania pochodzenia tych danych, celów ich przetwarzania, a także informacji o administratorze (administratorach) danych, podmiocie (podmiotach) przetwarzającym (przetwarzających) oraz podmiotach, którym mogą one być ujawnione;
- wycofania swojej zgody w dowolnym czasie, jeżeli Państwa dane osobowe są przetwarzane na podstawie zgody;
- aktualizacji lub poprawiania swoich danych osobowych tak, aby były one zawsze prawidłowe;
- usunięcia swoich danych osobowych z naszej ewidencji, jeżeli nie są już potrzebne w celach wskazanych powyżej;
- żądania ograniczenia przetwarzania swoich danych osobowych w pewnych okolicznościach, np. kiedy kwestionują Państwo prawidłowość swoich danych osobowych, na okres pozwalający nam sprawdzić ich prawidłowość;
- uzyskania swoich danych osobowych w formacie elektronicznym na potrzeby własne lub nowego ubezpieczyciela; oraz
- złożenia u nas reklamacji lub skargi w odpowiednim organie ochrony danych.

Mogą Państwo korzystać z tych praw kontaktując się z nami w sposób opisany w pkt 9 z podaniem imienia i nazwiska, adresu e-mail i przedmiotu żądania. Mogą Państwo również złożyć wniosek o dostęp do danych wypełniając Formularz Wniosku o Dostęp do Danych dostępny na dane <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

7. Jak można wnieść sprzeciw wobec przetwarzania danych osobowych?

Jeżeli dopuszczają to obowiązujące przepisy, przysługuje Państwu prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania przez nas danych osobowych lub żądania, abyśmy zaprzestali ich przetwarzania (w tym na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu takiego żądania zaprzestaniemy dalszego przetwarzania Państwa danych osobowych, chyba że dopuszczają to obowiązujące przepisy.

W ten sam sposób mogą Państwo korzystać z innych praw wskazanych w pkt 6.

8. Jak długo przechowujemy dane osobowe?

Będziemy przechowywać Państwa dane osobowe 10 lat od daty ustania stosunku ubezpieczenia lub daty zakończenia postępowania w sprawie likwidacji szkody lub rozpatrzenia Państwa reklamacji. 10 letni okres wynika z ustalonego w Polsce okresu przedawnienia roszczeń.

W przypadku danych naszych kontrahentów (dane podwykonawców i reprezentantów podwykonawców) będziemy je przechowywać co najmniej przez 5 lat od końca roku, w którym zakończy się nasza współpraca. Okres ten wynika z przepisów prawa m.in. ustawy o rachunkowości.

W przypadku danych pracowniczych obowiązkowy okres przechowywania danych wynosi 50 lat i wynika on z Kodeksu pracy.

Nie będziemy przechowywać Państwa danych osobowych dłużej niż jest to konieczne, i będziemy je przechowywać jedynie w celach, w których je uzyskaliśmy.

9. Jak można się z nami skontaktować?

W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu wykorzystania przez nas Państwa danych osobowych, można się z nami skontaktować pocztą elektroniczną lub listownie pod następującymi adresami:

AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Inspektor Ochrony Danych Osobowych

ul. Domaniewska 50B

02-672 Warszawa

E-mail: jodopl@mondial-assistance.pl

Można również skontaktować się z nami za pomocą Formularza Wniosku o Dostęp do Danych dostępnego na <http://www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx>.

10. Jak często aktualizujemy zasady ochrony prywatności?

Niniejsze zasady ochrony prywatności są regularnie przeglądane i aktualizowane. Zapewnimy, aby na naszej stronie internetowej dostępna była zawsze ich aktualna wersja www.mondial-assistance.pl/biznes/awp.aspx, a ponadto o każdej ważnej zmianie, która może Państwa dotyczyć, poinformujemy Państwa osobiście. Ostatnia aktualizacja niniejszej informacji na temat zasad ochrony prywatności miała miejsce **01.05.2018**.