

Polisa Grupowa nr
 Pracownik
 Małżonek pracownika
 Partner pracownika
 Pełnoletnie dziecko pracownika

Imię i nazwisko PESEL

Adres

Waga kg Wzrost cm Data urodzenia

Płeć K M

Lp. Pytanie	Tak	Nie	W przypadku udzielenia odpowiedzi Tak prosimy o podanie szczegółów/wyjaśnień
1. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i dolegliwości wymienionych narządów:			Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie
a) serca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) kręgosłupa/stawów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) płuc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) nerek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) wątroby, trzustki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f) żołądka i jelit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Czy kiedykolwiek był/a Pan/i leczony/a z powodu następujących chorób:			Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie
a) guzów	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) cukrzycy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) nadciśnienia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d) nowotworu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e) zaburzeń nerwowych, psychicznych lub zachowania	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Czy w ciągu ostatnich 5 lat miał/a Pan/i jakąkolwiek operację chirurgiczną lub przebywał/a Pan/i w szpitalu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie powodu i daty operacji/pobytu w szpitalu. Dodatkowo prosimy o załączenie kopii karty informacyjnej z wynikiem badania histopatologicznego, jeśli było wykonywane.
4. Czy zalecano Panu/i hospitalizację, operację, leczenie chirurgiczne, badania diagnostyczne, których nie dokonano/przeprowadzono?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie kiedy i z jakiego powodu.
5. Czy ma Pan/i inne choroby i schorzenia, które nie zostały wymienione w niniejszym formularzu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nazwa choroby, występujące objawy, data diagnozy, następstwa/powikłania choroby, stosowane leczenie
6. Czy kiedykolwiek miał/a Pan/i stwierdzoną obecność wirusa HIV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie szczegółowych informacji.
7. Czy obecnie jest Pan/i pod obserwacją lub leczy się z powodu chorób przewlekłych albo przyjmuje leki na stałe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prosimy o podanie rozpoznania, czasu trwania choroby oraz nazwy przyjmowanych leków.
8. Prosimy o podanie:			
- nazwiska i adresu lekarza leczącego obecnie lub			
- nazwy i adresu placówki medycznej sprawującej opiekę zdrowotną lub wykonującej badania			

Dodatkowe informacje (prosimy o wskazanie numeru pytania, którego dotyczy)

Niniejszym upoważniam każdego lekarza, personel medyczny, podmiot wykonujący działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielenia MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o stanie mojego zdrowia, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia. Upoważnienie obejmuje również ujawnienie powyższych informacji i udostępnianie MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o przyczynie mojej śmierci, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Upoważniam także inny niż MetLife TUnZiR S.A. zakład ubezpieczeń do udostępnienia MetLife TUnZiR S.A. przetwarzanych przez siebie moich danych osobowych, w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji moich danych, ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia oraz wysokości tego świadczenia, a także informacji o przyczynie mojej śmierci. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci. Niniejszym upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do udzielenia MetLife TUnZiR S.A. i jego reasekuratorom informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności MetLife TUnZiR S.A. oraz wysokości świadczenia. Kopia niniejszego upoważnienia posiada taką samą ważność jak oryginał. Niniejsze upoważnienie pozostaje ważne po mojej śmierci.

Data

Podpis _____

Kto jest administratorem danych osobowych?

Administratorem danych osobowych jest MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna (w skrócie MetLife TUnŻiR) z siedzibą przy ul. Przemysłowej 26, 00-450 Warszawa.

W jakim celu przetwarzamy dane osobowe?

Na podstawie przepisów prawa możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, w tym przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym informacje o stanie zdrowia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia, w tym informacje o stanie zdrowia,
- przeciwdziałania praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu i przestępstwom ubezpieczeniowym.

Na podstawie uzasadnionego interesu administratora możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu tradycyjnego, czyli proponowania listownie umów ubezpieczenia,
- dochodzenia i rozpatrywania roszczeń związanych z umową ubezpieczenia,
- podejmowania działań, których celem jest przeciwdziałanie przestępstwom ubezpieczeniowym,
- reasekuracji ryzyka, czyli przekazania części ryzyka z umowy ubezpieczenia innym uprawnionym do tego podmiotom.

Na podstawie udzielonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe w celu:

- marketingu bezpośredniego za pomocą telefonu lub adresu e-mail, w tym proponowania dodatkowego ubezpieczenia w trakcie trwania umowy i po jej zakończeniu.

Możemy to robić w sposób zautomatyzowany lub poprzez profilowanie danych,

- udostępnienia danych innym podmiotom z naszej grupy kapitałowej w celu proponowania przez nie usług,
- świadczenia drogą elektroniczną usług powiązanych z zawartą umową ubezpieczenia na zasadach określonych odrębnymi regulaminami.

Czy podanie danych osobowych jest konieczne?

Podanie nam danych jest:

- dobrowolne, ale niezbędne, w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz wykonania przez nas obowiązków prawnych,
- dobrowolne, gdy dane mają być przetwarzane lub udostępnione w celu marketingowym.

W jakim czasie będziemy przetwarzać dane osobowe?

Dane osobowe będziemy przetwarzać w czasie:

- zgodnym z przepisami prawa,
- obowiązywania zgody klienta, do momentu jej wycofania,
- niezbędnym do realizacji prawnie uzasadnionego interesu naszej firmy,
- w którym możliwe jest dochodzenie roszczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia.

Komu możemy przekazać dane osobowe?

Możemy przekazać dane osobowe:

- podmiotom upoważnionym przez prawo, w tym przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z 11.09.2015 r.,
- podmiotom zewnętrznym, które świadczą dla nas usługi do wykonania umowy,
- podmiotom zewnętrznym na podstawie udzielonej zgody,
- innym podmiotom poza granicami Unii Europejskiej, tj. w Stanach Zjednoczonych oraz Indiach (na podstawie umów, jakie mamy z nimi zawarte). Te spółki stosują odpowiednie zabezpieczenia ochrony danych osobowych. Dane przekazujemy zgodnie z treścią Standardowych Klauzul Umownych, które zatwierdziła Komisja Europejska, lub na innej prawnie dopuszczalnej podstawie.

Jakie są prawa osoby, która przekazała nam dane?

Osoba, która przekazała nam dane, ma prawo do:

- dostępu do nich,
- ich poprawiania,
- przenoszenia danych,
- wycofania zgody na przetwarzanie,
- ograniczenia przetwarzania,
- żądania usunięcia swoich danych,
- wyrażenia sprzeciwu wobec dalszego przetwarzania danych w celu marketingowym.

Wycofanie zgody nie ma wpływu na przetwarzanie przez nas danych osobowych, zanim ta zgoda została wycofana.

Osoba, która udostępniła nam swoje dane, ma prawo zgłosić skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Pytania związane z przetwarzaniem przez nas danych osobowych prosimy kierować do naszego Inspektora Danych Osobowych na adres e-mail: ido@metlife.pl.

Zespół MetLife