

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA:

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Ubezpieczający

Dane ubezpieczonego Głównego

Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny:
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

1. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Partner Dziecko Rodzic Moi Bliscy
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

2. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Partner Dziecko Rodzic Moi Bliscy
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

DEKLARACJA ZMIAN

Typ ubezpieczenia

Partner Dziecko
 Rodzic Moi Bliscy

3. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Partner Dziecko Rodzic Moi Bliscy
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

4. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Partner Dziecko Rodzic Moi Bliscy
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

5. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Partner Dziecko Rodzic Moi Bliscy
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

Oświadczenia Ubezpieczonego Głównego:

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w deklaracji przystąpienia i dane podane do oceny ryzyka ubezpieczeniowego są podane według mojej najlepszej wiedzy i są pełne oraz prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia otrzymałem/łam OWU/SWU, w sposób który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Zobowiązuję się do poinformowania osoby objęte ochroną ubezpieczeniową (Współubezpieczonych) na podstawie Deklaracji przystąpienia o zakresie ubezpieczenia oraz prawach i obowiązkach wynikających OWU/SWU, a także zobowiązuję się do udostępnienia Współubezpieczonym OWU/SWU w sposób, aby mogli się z nimi zapoznać.
- Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do ochrony ubezpieczeniowej osoby wyraziły chęć objęcia ubezpieczeniem, a podane przeze mnie dane osobowe Współubezpieczonych są – według mojej najlepszej wiedzy - prawdziwe i aktualne. Rozumiem, że Współubezpieczeni powinni samodzielnie potwierdzić przystąpienie do ubezpieczenia, o czym zobowiązuję się ich poinformować.
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Forsäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21C, 02-675 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) przez podmioty lecznicze, z których usług korzystam lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LMG lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia LMG realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczeniowej, którą jestem objęty w ramach zapewnienia mi koordynacji procesu hospitalizacji i leczenia, oraz ich rozliczenia oraz wyrażam zgodę na to, aby LMG oraz LUX MED. upoważniały swój personel działający w ich imieniu do dostępu do informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz pozyskiwania dokumentacji medycznej z udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21 C, 02-676 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do LMG (oraz działających na jego zlecenie podmiotów) lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, innym podmiotom leczniczym, które mają udzielać mi świadczeń zdrowotnych, co do których usługi koordynacji leczenia – w zakresie wynikającym z posiadanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej – świadczy LMG, w celu zapewnienia mi możliwości skorzystania z usług objętych umową ubezpieczenia oraz ich rozliczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Oświadczenia Współubezpieczonych:

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w deklaracji przystąpienia i dane podane do oceny ryzyka ubezpieczeniowego są podane według mojej najlepszej wiedzy i są pełne oraz prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia otrzymałem/łam OWU/SWU, w sposób który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21C, 02-675 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) przez podmioty lecznicze, z których usług korzystam lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LMG lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia LMG realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczeniowej, którą jestem objęty w ramach zapewnienia mi koordynacji procesu hospitalizacji i leczenia, oraz ich rozliczenia oraz wyrażam zgodę na to, aby LMG oraz LUX MED upoważniały swój personel działający w ich imieniu do dostępu do informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz pozyskiwania dokumentacji medycznej z udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02- 676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21 C, 02-676 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do LMG (oraz działających na jego zlecenie podmiotów) lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, innym podmiotom leczniczym, które mają udzielać mi świadczeń zdrowotnych, co do których usługi koordynacji leczenia – w zakresie wynikającym z posiadanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej – świadczy LMG, w celu zapewnienia mi możliwości skorzystania z usług objętych umową ubezpieczenia oraz ich rozliczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Klauzule marketingowe:

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED. komunikacji marketingowej, której celem jest promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie pro-zdrowotnego stylu życia. Zgadzam się na wykorzystanie do komunikacji moich danych:
 - adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)
 - numer telefonu (otrzymywanie wiadomości SMS, MMS oraz połączeń przychodzących)
- Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów.

Podpisy ubezpieczonych

Zaznacz krzyżykiem (X) oświadczenia, które akceptujesz.

*** Złożenie oświadczeń 1-8 w przypadku Ubezpieczonego Głównego i 1-6 w przypadku Współubezpieczonych jest dobrowolne, lecz odmowa ich złożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczeniową. Wyrażenie zgód marketingowych jest dobrowolne i nie ma wpływu na objęcie ochroną ubezpieczeniową.**

	Ubezpieczony Główny	1. Współubezpieczony	2. Współubezpieczony	3. Współubezpieczony	4. Współubezpieczony	5. Współubezpieczony
Oświadczenia*	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Klauzule marketingowe*	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Data						
Podpis						

Informację o administratorze danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

Obowiązek informacyjny

Poniżej znajdziesz wszelkie niezbędne informacje dotyczące przetwarzania Twoich danych osobowych w związku z objęciem opieką ubezpieczeniową LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce

Kto jest administratorem moich danych?	Administratorem danych Twoich danych osobowych przetwarzanych na potrzeby objęcia Cię opieką ubezpieczeniową jest LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG” lub „my”). W przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych lub w celu otrzymania od nas komunikacji marketingowej, administratorami Twoich danych osobowych są podmioty z Grupy LUX MED, których lista znajduje się na stronie internetowej www.luxmed.pl .	
Z kim mogę się skontaktować w kwestiach związanych z przetwarzaniem danych osobowych?	We wszelkich sprawach związanych z przetwarzaniem Twoich danych osobowych przez LMG możesz skontaktować się z naszym Inspektorem Ochrony Danych: Katarzyna Pisarzewska e-mail: daneosobowe@luxmed.pl .	
Jakie jest źródło moich danych – skąd są pozyskiwane?	Objęcie opieką ubezpieczeniową odbywa się na podstawie umowy zawartej pomiędzy LMG a ubezpieczającym, który zgłasza Cię do opieki ubezpieczeniowej LMG. Jeżeli przystępujesz do opieki ubezpieczeniowej poprzez wypełnienie deklaracji on-line za pośrednictwem udostępnionej platformy, to Twoje dane osobowe w zakresie pozwalającym na oznaczenie Twojej tożsamości oraz weryfikację Twoich uprawnień do objęcia ubezpieczeniem, tj. imię, nazwisko, numer PESEL (lub data urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL) oraz adres e-mail są przekazywane są nam przez ubezpieczającego. Jeżeli jesteś współubezpieczonym, to Twoje dane osobowe w zakresie imienia, nazwiska, numeru PESEL (daty urodzenia w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL), adresu e-mail oraz kodu pocztowego miejsca zamieszkania przekazywane nam są przez ubezpieczonego głównego zgłaszającego Cię do opieki ubezpieczeniowej. Pozostałe Twoje dane osobowe podajesz nam sam wypełniając deklarację i korzystając z opieki zdrowotnej. W przypadku, gdy celem przystąpienia do ubezpieczenia wypełniasz papierową deklarację, którą otrzymujemy za pośrednictwem ubezpieczającego, to Twoje kompletne dane potrzebne do objęcia Cię opieką ubezpieczeniową (tj. imię, nazwisko, numer PESEL, data urodzenia, płeć, adres zamieszkania, adres e-mail, numer telefonu, główna miejscowość opieki, a w przypadku obcokrajowców – także numer paszportu oraz informacja o obywatelstwie, jak również informacja o relacji/pokrewieństwie współubezpieczonych w stosunku do ubezpieczonego głównego) przekazywane są nam przez podmiot zgłaszający Cię do opieki ubezpieczeniowej LMG. Pozostałe dane niezbędne do zapewnienia Ci możliwości realizacji świadczeń objętych ubezpieczeniem podajesz nam sam na etapie korzystania z opieki ubezpieczeniowej. Kwestionariusz medyczny, który zawiera m.in. Twoje dane osobowe szczególnej kategorii w zakresie dotyczącym stanu zdrowia, jest nam przekazywany bezpośrednio przez Ciebie.	
Jaki jest zakres moich danych osobowych, które są przetwarzane przez LMG?	Przetwarzamy Twoje dane osobowe w zakresie niezbędnym do weryfikacji Twojej tożsamości przeprowadzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacji świadczeń objętych ubezpieczeniem. Zakres ten obejmuje: imię, nazwisko, nr PESEL, płeć, datę urodzenia, główną miejscowość opieki, adres zamieszkania, a jeżeli jesteś obcokrajowcem także informację o obywatelstwie oraz numerze paszportu, dodatkowo również informacja o relacji/pokrewieństwie współubezpieczonych względem ubezpieczonego głównego. Celem usprawnienia procesu zapewnienia Ci opieki ubezpieczeniowej i umożliwienia bieżącego kontaktu w tym zakresie, będziemy także przetwarzać Twój numer telefonu oraz adres e-mail. Twój adres e-mail będzie również przetwarzany przez LMG, jeżeli składasz deklarację ubezpieczeniową za pośrednictwem platformy elektronicznej. Podczas korzystania z opieki ubezpieczeniowej (likwidacja szkód), możemy poprosić Cię o podanie informacji o Twoim stanie zdrowia, jeżeli będzie to konieczne dla przeprowadzenia postępowania likwidacji szkody. Jeżeli posiadany przez Ciebie pakiet opieki ubezpieczeniowej obejmuje także moduł koordynacji opieki szpitalnej, to w ramach realizacji opieki ubezpieczeniowej, możemy poprosić Cię o podanie informacji o Twoim stanie zdrowia lub na podstawie udzielonego przez Ciebie upoważnienia zwrócić się do podmiotów leczniczych, z których korzystałeś lub korzystasz w celu uzyskania informacji koniecznych do zapewnienia Ci prawidłowego procesu koordynacji w zakresie objętych ochroną ubezpieczeniową. Jeżeli do realizacji celów, o których mowa w zdaniu poprzednim, konieczne będzie uzyskanie Twojej dokumentacji medycznej, to poprosimy Cię o przekazanie nam kopii Twojej dokumentacji medycznej w niezbędnym zakresie bądź na podstawie udzielonej przez Ciebie zgody zwrócimy się do odpowiednich podmiotów leczniczych z wnioskiem o udostępnienie nam takiej dokumentacji. W zależności od treści umowy ubezpieczenia zawartej przez LMG z naszym Klientem, na podstawie której zostałeś uprawniony do korzystania z opieki ubezpieczeniowej, możemy również poprosić Cię o wypełnienie dla nas kwestionariusza medycznego. Jest to element prowadzonego przez LMG oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W kwestionariuszu medycznym podajesz nam swoje dane obejmujące: wiek, wagę, wzrost, informacje o wykonywanym zawodzie lub stanowisku służbowym wraz z jego charakterystyką, informacje o Twoim pracodawcy oraz informacje o Twoim stanie zdrowia w zakresie wskazanym w kwestionariuszu. Zgoda na przetwarzanie danych w celach marketingowych obejmuje wszelkie informacje dotyczące Ciebie, jakich nam udzieliłeś podczas współpracy z LMG. Mogą to być np. dane identyfikacyjne (imię, nazwisko, płeć, data urodzenia, wiek, miejscowość). Zapewniamy jednak, że w żadnym wypadku nie sięgamy do Twojej dokumentacji medycznej, którą nam przekazałeś lub którą pozyskujemy od podmiotów leczniczych na podstawie Twojego stosownego upoważnienia – dostęp do tych informacji mają jedynie upoważnione do tego osoby.	
Jaki jest cel przetwarzania moich danych osobowych?	Przetwarzamy dane osobowe jako podmiot ubezpieczeniowy a celem tego przetwarzania jest ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz realizacja umowy ubezpieczenia (likwidacja szkód), przez co rozumiemy:	Podstawa prawna (pełne nazwy aktów prawnych znajdziesz na końcu formularza)
	Cel przetwarzania	W pierwszej kolejności potrzebujemy otrzymać zgłoszenie Twojej osoby do objęcia opieką ubezpieczeniową. Pozwoli to później na ustalenie Twojej tożsamości przed udzieleniem Ci świadczenia oraz umożliwi nam realizację umowy i kontakt z Tobą. Jako Ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani przepisami prawa do wykonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy oraz przetwarzamy dane osobowe w ramach jej wykonywania. W przypadku korzystania przez Ciebie z opieki ubezpieczeniowej w zakresie usług koordynacji opieki i leczenia, na podstawie udzielonych przez Ciebie zgód na pozyskiwanie od podmiotów leczniczych, z których usług korzystałeś/korzystasz informacji o Twoim stanie zdrowia oraz Twojej dokumentacji medycznej, a także oraz jej udostępnianie podmiotom leczniczym, które mają świadczyć na Twoją rzecz usługi medyczne, LMG przetwarza także informacje o stanie Twojego zdrowia zawarte w przedmiotowej dokumentacji.
	Jeżeli podzieliłeś się z nami swoją opinią na temat świadczeń lub złożyłeś reklamację, możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu rozpatrzenia zgłoszenia oraz udzielenia na nie odpowiedzi	art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zw. z art. 41 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
	Jako administrator danych będący przedsiębiorcą mamy prawo do dochodzenia roszczeń z tytułu prowadzonej przez nas działalności gospodarczej i tym samym przetwarzania danych w tym celu.	art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO, jako tzw. prawnie uzasadniony interes administratora, którym jest dochodzenie naszych roszczeń i obrona naszych praw.
	Jako przedsiębiorca prowadzimy także księgi rachunkowe oraz spoczywają na nas obowiązki podatkowe – wystawiamy np. rachunki za wykonane przez nas usługi, co może się wiązać z koniecznością przetwarzania danych osobowych.	art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zw. z art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości.
Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych, to możemy przetwarzać Twoje dane osobowe w celu kierowania do Ciebie komunikacji marketingowej dotyczącej działalności Grupy LUX MED, takiej jak w szczególności oferty, informacje o usługach, promocjach, wydarzeniach organizowanych przez podmioty z Grupy LUX MED oraz artykuły prozdrowotne. Na podstawie wyrażonej zgody możemy przetwarzać dane osobowe pozyskane w trakcie współpracy z nami w celach marketingowych, na przykład poprzez ich analizę oraz wiązanie z innymi informacjami o osobie, która wyraziła zgodę, aby dostosować kierowane do niej komunikaty do jej potrzeb.	art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia (dobrowolnie wyrażona zgoda)	
Czy moje dane są przetwarzane w sposób zautomatyzowany?	W ramach prowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe (w tym dane szczególnej kategorii w zakresie stanu zdrowia) zawarte w uzupełnionej przez Ciebie deklaracji, jak również kwestionariuszu medycznym i będzie się to odbywać w sposób zautomatyzowany, w tym poprzez profilowanie. Oznacza to, że Twoje dane osobowe będą przetwarzane przez system informatyczny bez udziału człowieka, a proces ten skutkować będzie decyzją w zakresie przyjęcia Twojej deklaracji czy też przyporządkowania Cię do konkretnego planu ubezpieczeniowego. Podstawą prawną takiego działania na stronie LMG są przepisy regulujące naszą działalność jako podmiotu ubezpieczeniowego. Informujemy jednak, że masz prawo nie podlegać decyzji opartej o zautomatyzowane przetwarzanie danych osobowych i domagać się interwencji człowieka, co oczywiście zapewniamy.	

<p>Komu przekazywane są moje dane osobowe?</p>	<p>Dane osobowe mogą być przekazywane następującym kategoriom odbiorców w związku z prowadzoną przez nas działalnością:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dostawcom usług zaopatrujących nas w rozwiązania techniczne oraz organizacyjne, umożliwiające świadczenie usług i zarządzanie naszą organizacją (w szczególności dostawcom usług teleinformatycznych, firmom kurierskim i pocztowym), - dostawcom usług prawnych i doradczych oraz wspierających nas w dochodzeniu należnych roszczeń (w szczególności kancelariom prawnym, firmom windykacyjnym), - zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez nasz tytułu Umowy, - podmiotom leczniczym wykonującym opiekę zdrowotną w ramach umowy ubezpieczenia, - podmiotom koordynującym w naszym imieniu udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług objętych umową ubezpieczenia, - w ramach usług koordynacji opieki medycznej - podmiotom leczniczym, które udzielają Ci świadczeń zdrowotnych, - jeżeli posiadany przez Ciebie pakiet opieki zdrowotnej uprawnia Cię do skorzystania z modułu „Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą”, to Twoje dane osobowe zostaną przekazane odpowiednim specjalistom realizującym konsultacje w tym zakresie. <p>W ramach procesu koordynacji udzielania świadczeń, Twoja dokumentacja medyczna, którą nam przekazałeś lub którą pozyskaliśmy na podstawie Twojej zgody od odpowiednich podmiotów leczniczych, może zostać udostępniona przez LMG podmiotom leczniczym wykonującym opieką zdrowotną w ramach umowy ubezpieczenia za pośrednictwem przydzielonego Tobie koordynatora wspierającego proces jego hospitalizacji i leczenia.</p>
<p>Czy moje dane są przekazywane do państw trzecich?</p>	<p>Z uwagi na to, że korzystamy z usług innych dostawców, np. w zakresie struktury teleinformatycznej, Twoje dane osobowe mogą być przekazywane poza teren Europejskiego Obszaru Gospodarczego (na który składają się państwa Unii Europejskiej oraz Islandia, Norwegia i Liechtenstein). W zależności od zakresu posiadanej przez Ciebie opieki ubezpieczeniowej, Twoje dane mogą być również przekazane do państw trzecich (w tym do Stanów Zjednoczonych Ameryki, które nie zapewniają tożsamości ochrony danych osobowych, jak na terenie EOG) w ramach realizacji Twoich uprawnień wynikających z przysługującego Ci pakietu ubezpieczeniowego „Leczenie Poważnych Zachorowań za Granicą”. Zapewniamy, że w takim przypadku przekazywanie danych odbywać się będzie w oparciu o stosowną podstawę prawną, na przykład w ramach umowy zawartej pomiędzy LMG a tym podmiotem, zawierającej standardowe klauzule ochrony danych przyjęte przez Komisję Europejską lub na podstawie decyzji Komisji Europejskiej stwierdzającej odpowiedni stopień ochrony danych. LMG każdorazowo gwarantuje, że przeprowadza odpowiednią weryfikację zapewnienia zgodności i bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych przez dostawcę usług, któremu przekazywane są dane osobowe.</p>
<p>Czy dane przetwarzane są jeszcze w jakiś sposób?</p>	<p>Jednym ze sposobów przetwarzania przez nas danych osobowych jest tzw. profilowanie. Polega ono na tym, że możemy tworzyć profile preferencji w oparciu o informacje o Tobie, i tym samym w oparciu o nie, dostosowywać nasze usługi i treści jakie oni od nas otrzymujesz. Zapewniamy, że w ramach tego procesu nie przetwarzamy danych osobowych w sposób w pełni automatyczny, bez ingerencji człowieka.</p>
<p>Przez jaki czas przetwarzane są moje dane osobowe?</p>	<p>Przechowujemy dane osobowe przez okres trwania umowy, a następnie przez okres przedawnienia roszczeń wynikający z kodeksu cywilnego. Wszelkie dane przetwarzane na potrzeby rachunkowości oraz podatkowe przetwarzamy przez 5 lat liczonych od końca roku kalendarzowego, w którym powstał obowiązek podatkowy. Jeżeli wyraziłeś zgodę na przetwarzanie danych w celach marketingowych, przetwarzamy Twoje dane od chwili wyrażenia zgody do czasu jej cofnięcia. Po upływie wyżej wymienionych okresów dane osobowe są usuwane lub poddawane anonimizacji.</p>
<p>Czy podanie danych jest moim obowiązkiem?</p>	<p>Przystąpienie do ubezpieczenia jest w pełni dobrowolne, jednakże jako ubezpieczyciel jesteśmy zobowiązani do oznaczenia Twojej tożsamości i wykonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego z wykorzystaniem danych osobowych. W takim przypadku niepodanie danych może skutkować odmową zawarcia umowy lub realizacji świadczeń. Również ze względów rachunkowych czy podatkowych posiadamy obowiązek prawny przetwarzania danych, brak ich podania może skutkować np. brakiem wystawienia faktury czy imiennego rachunku. Jeżeli otrzymujemy Twój numer telefonu, to odbywa się to na zasadzie dobrowolności – brak tej informacji nie ma wpływu na możliwość korzystania z naszych usług, lecz znacznie utrudni nam to kontakt z osobą uprawnioną w procesie realizacji umowy.</p> <p>Wyrażenie którejkolwiek ze zgód marketingowych również odbywa się na zasadzie dobrowolności. Oznacza to, że odmowa ich udzielenia nie ma wpływu na skorzystanie z naszych świadczeń i jednocześnie osobie, która wyraziła zgodę przysługuje prawo do wycofania zgody w dowolnej chwili.</p>
<p>Jakie prawa mi przysługują?</p>	<p>Jako administrator danych, zapewniamy Ci prawo dostępu do Twoich danych, jak również prawo do ich sprostowania, żądania ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania. Możesz również skorzystać z uprawnień do złożenia wobec LMG sprzeciwu wobec przetwarzania Twoich danych oraz prawa do przenoszenia danych do innego administratora danych. Celem skorzystania z któregośkolwiek z tych uprawnień, skontaktuj się z nami poprzez infolinię, stronę internetową lub z naszym Inspektorem Ochrony Danych. Informujemy także, że przysługuje Ci prawo wniesienia skargi do organu nadzorującego przestrzeganie przepisów ochrony danych osobowych.</p>
<p>Definicje i skróty</p>	<p>RODO – Rozporządzenie 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;</p> <p>ustawa o działalności ubezpieczeniowej – ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.</p>