



Klauzula Informacyjna dotycząca zasad przetwarzania danych osobowych

W związku z wdrożeniem nowego programu grupowego ubezpieczenia dla funkcjonariuszy i pracowników Policji oraz członków ich rodzin, opracowanego na zlecenie Związków Zawodowych przez brokerów ubezpieczeniowych Mentor S.A. i PWS Konstanta S.A. informujemy zgodnie z przepisami 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) określonego dalej w skrócie jako „RODO”, że:

Administratorami Państwa danych osobowych są:

- Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Policjantów, 02-624 Warszawa, Puławska 148/150,
- Niezależny Samorządny Związek Zawodowy Pracowników Policji, 02-624 Warszawa, Puławska 148/150,
- Związek Zawodowy Pracowników Policji, 40-038 Katowice, Józefa Lompy 19 jako ubezpieczający — na podstawie prawnie uzasadnionego interesu (art. 6 ust. 1 lit. f RODO), wynikającego z zobowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

oraz brokerzy ubezpieczeniowi:

- Mentor S.A. 87-100 Toruń, ul. Szosa Chełmińska 177-181, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: iod@mentor.pl,
- PWS KONSTANTA S.A. 43-300 Bielsko-Biała, ul. Warszawskiej 153, kontakt do Inspektora Ochrony Danych: abi@pwskonstanta.pl w związku z wykonywaniem przez nich czynności brokerskich określonych w ustawie z dnia 15 grudnia 2017r. o dystrybucji ubezpieczeń, przetwarzający dane na podstawie prawnie uzasadnionego interesu (art. 6 ust. 1 lit. f RODO) lub gdy przetwarzanie jest niezbędne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (art. 9 ust. 2 lit. f RODO), zwani dalej Administratorami.

Dane osobowe (imię, nazwisko, dane teleadresowe, PESEL, email, numer telefonu, płeć, stan cywilny, dane rodzinne, data i miejsce urodzenia, miejsce pracy, podstawa i historia zatrudnienia, związek z posiadaczem polisy, ubezpieczonym, beneficjentem lub osobą występującą z roszczeniem, dane dotyczące stanu zdrowia) są przetwarzane w związku z wykonywaniem przez Administratorów czynności związanych z administrowaniem umowami ubezpieczenia i ich wykonywaniu, także w sprawach o odszkodowanie lub świadczenie.

Okres przechowywania danych osobowych przez Administratorów oparte są na wymogach prawnych. Dane przechowujemy tak długo jak jest to konieczne do celów przetwarzania dla których zostały zebrane lub zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa, w szczególności przepisami ustawy z dnia 15 grudnia 2017r. o dystrybucji ubezpieczeń oraz ustawy z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Podanie danych Administratorom jest dobrowolne, ale niezbędne do wykonania czynności związanych z zawarciem i wykonywaniem umów ubezpieczenia.

Zebrane dane mogą zostać ujawnione zakładom ubezpieczeń lub podmiotom działającym w ich imieniu lub na ich rzecz oraz partnerom Administratorów z którymi współpracują oni przy realizacji zawartych umów a także podmiotom, które mogą tego zażądać na podstawie przepisów prawa.

Państwa dane osobowe nie będą przez nas przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy. Dane te nie będą także poddawane przez Administratorów zautomatyzowanemu przetwarzaniu ani profilowaniu.

Osobom, których dane osobowe są przez nas przetwarzane, przysługują następujące prawa:

1. prawo do dostępu do swoich danych i ich sprostowania;
2. prawo otrzymania ich kopii;
3. prawo do żądania usunięcia danych, prawo do ograniczenia przetwarzania oraz prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych z zastrzeżeniem ograniczeń określonych w RODO;
4. prawo do wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, jeśli uważają Państwo, że przetwarzanie Państwa danych osobowych narusza przepisy prawa.

Aby skorzystać ze swoich praw mogą Państwo skontaktować się listownie lub elektronicznie z Administratorami lub Inspektorami Ochrony Danych na adresy podane w tej informacji.

.....
Data i miejscowość

.....
Podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia

Podpisany załącznik należy przekazać do osoby obsługującej razem z deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia.