

# INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA DOKUMENTÓW

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

POLA WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI

Ubezpieczający:

.....

**Dane Głównego Ubezpieczonego**

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Płeć:  K  M Obywatelstwo:  Polskie  Inne\*: .....

\*Jeśli inne, wpisz jakie i uzupełnij poniższe pola.

**Rodzaj dokumentu tożsamości:**

Paszport  Dowód osobisty

Seria i numer: .....

**Adres zamieszkania:**

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Adres korespondencyjny\*:**

\*Uzpełnij, jeśli inny niż adres zamieszkania.

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Dane kontaktowe:**

Telefon: +48 .....

E-mail: .....

**Współubezpieczony 2**

Rodzaj pokrewieństwa/powinowactwa: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Płeć:  K  M Obywatelstwo:  Polskie  Inne\*: .....

\*Jeśli inne, wpisz jakie i uzupełnij poniższe pola.

**Rodzaj dokumentu tożsamości:**

Paszport  Dowód osobisty

Seria i numer: .....

**Adres zamieszkania:**

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Adres korespondencyjny\*:**

\*Uzpełnij, jeśli inny niż adres zamieszkania.

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Dane kontaktowe:**

Telefon: +48 .....

E-mail: .....

**Współubezpieczony 3**

Rodzaj pokrewieństwa/powinowactwa: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Płeć:  K  M Obywatelstwo:  Polskie  Inne\*: .....

\*Jeśli inne, wpisz jakie i uzupełnij poniższe pola.

**Rodzaj dokumentu tożsamości:**

Paszport  Dowód osobisty

Seria i numer: .....

**Adres zamieszkania:**

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Adres korespondencyjny\*:**

\*Uzpełnij, jeśli inny niż adres zamieszkania.

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Dane kontaktowe:**

Telefon: +48 .....

E-mail: .....

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA  DEKLARACJA ZMIAN

**Współubezpieczony 1**

Rodzaj pokrewieństwa/powinowactwa: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Płeć:  K  M Obywatelstwo:  Polskie  Inne\*: .....

\*Jeśli inne, wpisz jakie i uzupełnij poniższe pola.

**Rodzaj dokumentu tożsamości:**

Paszport  Dowód osobisty

Seria i numer: .....

**Adres zamieszkania:**

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Adres korespondencyjny\*:**

\*Uzpełnij, jeśli inny niż adres zamieszkania.

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Dane kontaktowe:**

Telefon: +48 .....

E-mail: .....

**Współubezpieczony 3**

Rodzaj pokrewieństwa/powinowactwa: .....

Imię: .....

Nazwisko: .....

PESEL: ..... Data urodzenia: .....

Płeć:  K  M Obywatelstwo:  Polskie  Inne\*: .....

\*Jeśli inne, wpisz jakie i uzupełnij poniższe pola.

**Rodzaj dokumentu tożsamości:**

Paszport  Dowód osobisty

Seria i numer: .....

**Adres zamieszkania:**

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Adres korespondencyjny\*:**

\*Uzpełnij, jeśli inny niż adres zamieszkania.

Ulica: .....

Nr budynku: ..... Nr lokalu: ..... Kod pocztowy: .....

Miejscowość: .....

**Dane kontaktowe:**

Telefon: +48 .....

E-mail: .....

**LUXMED**  
UBEZPIECZENIA  
ubezpieczenia-luxmed.pl

LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.  
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa  
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10  
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie  
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
nr KRS: 0001192054  
NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342  
Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 23 500 000,00 zł

Przystaw pieczętkę firmy lub wpisz dane firmy (minimum nazwę).

Wpisz swoje dane osobowe i teled adresowe. Minimalny zakres danych: imię, nazwisko, data urodzenia, numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL wpisz serię i numer paszportu lub dowodu osobistego), adres zamieszkania i numer telefonu.

Wybierz rodzaj składanej deklaracji.

Wpisz dane wszystkich zgłoszonych Współubezpieczonych. Minimalny zakres danych: imię, nazwisko, data urodzenia, numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL wpisz serię i numer paszportu lub dowodu osobistego), adres zamieszkania i numer telefonu.

**Oświadczenia Głównego Ubezpieczonego:**

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej deklaracji są zgodne z moją najlepszą wiedzą, kompletnie i prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego, na podstawie których zawarta została umowa ubezpieczenia, do której przystępuję, w sposób, który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Zobowiązuję się do poinformowania osób objętych ochroną ubezpieczeniową (Współubezpieczonych) na podstawie deklaracji o zakresie ubezpieczenia oraz prawach i obowiązkach wynikających z OWU, a także zobowiązuje się do doręczenia Współubezpieczonym OWU w taki sposób, aby mogli się z nimi zapoznać.
- Oświadczam, że zgłoszenie przeze mnie do ochrony ubezpieczeniowej osoby wyraził 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 udzielenia LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej: LUX MED Ubezpieczenia) informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LUX MED Ubezpieczenia oraz do działającej na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółki LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej: LUX MED) przez podmioty lecznicze, z których usług korzystałem lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LUX MED Ubezpieczenia lub LUX MED wnioskiem o udzielenie LUX MED Ubezpieczenia realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, którą jestem objęty, w ramach zapewnienia mi koordynacji procesu hospitalizacji i leczenia oraz ich rozliczenia, a także wyrażam zgodę na to, aby LUX MED Ubezpieczenia 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 LUX MED Ubezpieczenia oraz przez działającą na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółki LUX MED mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do LUX MED Ubezpieczenia (oraz działających na jego zlecenie podmiotów) lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, innym podmiotom leczniczym, które mają udział w świadczeniach zdrowotnych, co do których usługi koordynacji leczenia – w zakresie wynikającym z posiadanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej – świadczy LUX MED Ubezpieczenia, w celu zapewnienia mi możliwości skorzystania z usług objętych umową ubezpieczenia oraz ich rozliczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazanie do LUX MED Ubezpieczenia oraz do działającej na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółki LUX MED przez podmioty lecznicze, z których usług korzystałem lub korzystałem, informacji dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), obejmujących: przebieg hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonane w ich trakcie badania diagnostyczne oraz wyniki badań, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia, a także wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; wyniki przeprowadzonych konsultacji przytoczone śmierci – do celów: ustalenia okoliczności związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego; weryfikacji podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia; ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
- 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 LUX MED Ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach kolejnej umowy ubezpieczenia w razie odnowienia umowy, do której przystępuję, po okresie, na który została ona zawarta, na kolejny okres.

**Oświadczenia Współubezpieczonych:**

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej deklaracji są zgodne z moją najlepszą wiedzą, kompletnie i prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowego, na podstawie których zawarta została umowa ubezpieczenia, do której przystępuję, w sposób, który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielenia LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej: LUX MED Ubezpieczenia) informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LUX MED Ubezpieczenia oraz do działającej na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółki LUX MED sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul. Szturmowej 2 (dalej: LUX MED) przez podmioty lecznicze, z których usług korzystałem lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LUX MED Ubezpieczenia lub LUX MED wnioskiem o udzielenie LUX MED Ubezpieczenia realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, którą jestem objęty, w ramach zapewnienia mi koordynacji procesu hospitalizacji i leczenia oraz ich rozliczenia, a także wyrażam zgodę na to, aby LUX MED Ubezpieczenia 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 LUX MED Ubezpieczenia oraz przez działającą na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółki LUX MED mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do LUX MED Ubezpieczenia (oraz działających na jej zlecenie podmiotów) lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, innym podmiotom leczniczym, które mają udział w świadczeniach zdrowotnych, co do których usługi koordynacji leczenia – w zakresie wynikającym z posiadanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej – świadczy LUX MED Ubezpieczenia, w celu zapewnienia mi możliwości skorzystania z usług objętych umową ubezpieczenia oraz ich rozliczenia.
- Wyrażam zgodę na przekazanie do LUX MED Ubezpieczenia oraz do działającej na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółki LUX MED przez podmioty lecznicze, z których usług korzystałem lub korzystałem, informacji dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), obejmujących: przebieg hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonane w ich trakcie badania diagnostyczne oraz wyniki badań, inne udzielone świadczenia zdrowotne, wyniki leczenia, a także wyniki sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona; wyniki przeprowadzonych konsultacji przytoczone śmierci – do celów: ustalenia okoliczności związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego; weryfikacji podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia; ustalenia mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia.
- 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 LUX MED Ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową w ramach kolejnej umowy ubezpieczenia w razie odnowienia umowy, do której przystępuję, po okresie, na który została ona zawarta, na kolejny okres.

**Klauzule marketingowe:**

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA 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 prozdrowotnego 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 LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji SA 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.

**Zaznacz krzyżykiem (X) oświadczenia, które akceptujesz:**

	Oświadczenia*	Klauzule marketingowe*	Data	Podpis**
Główny Ubezpieczony	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/> 9 <input type="radio"/> 10 <input type="radio"/>	1a <input type="radio"/> 1b <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>		
Współubezpieczony 1	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/>	1a <input type="radio"/> 1b <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>		
Współubezpieczony 2	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/>	1a <input type="radio"/> 1b <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>		
Współubezpieczony 3	1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/> 8 <input type="radio"/>	1a <input type="radio"/> 1b <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>		

Informację o administratorze danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz w obowiązku Informacyjnym zamieszczonym do niniejszej Deklaracji.

\*Złaznienie oświadczeń 1-10 w przypadku Głównego Ubezpieczonego 1-8 w przypadku Współubezpieczonych jest dobrowolne, lecz odmowa ich złożenia skutkuje niemożnością

\*\*W przypadku dziecka niepełnoletniego podpis powinien złożyć rodzic/opiekun prawny.



**LUX MED Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.**  
 ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa  
 t: 22 450 45 00, 22 450 50 10  
 Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie  
 XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego  
 nr KRS: 0001192054  
 NIP: 521 413 13 63, REGON: 542630342  
 Kapitał zakładowy (w całości wpłacony): 23 500 000,00 zł

**WSPÓLUBEZPIECZONY 1, 2 I 3:**  
 W tym miejscu odręczny podpis składa małżonek/partner lub dziecko (jeśli jest powyżej 18 r.ż.). Za dziecko poniżej 18 r.ż. podpisuje się rodzic lub opiekun prawny.

Zwróć uwagę na to, że każdy Ubezpieczony ma swoją indywidualną kolumnę do zaznaczenia oświadczeń – zgodnie z danymi osobowymi wpisanymi na pierwszej stronie deklaracji.

Zaznacz oświadczenia 1-10 dla Ubezpieczonego Głównego oraz 1-3 dla Współubezpieczonych. Zaznaczanie oświadczeń jest obowiązkowe.

Zaznacz klauzule marketingowe, na które wyrażasz zgodę.

Wpisz bieżącą datę wypełnienia deklaracji.

Podpisz się odręcznie lub podpisem kwalifikowanym.