DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO

POLA WYPEŁNIAMY DRUKOWANYMI LITERAMI

Ubezpieczający:

☐ DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA ☐ DEKLARACJA ZMIAN

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*:

**Uzupełnij, jeśli inny niż adres zamieszkania.*

Ulica: .....

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

Miejscowość: .....

Dane kontaktowe:

Telefon: +48 _ _ _ _ _ _ _ _ _

E-mail: .....

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*:

**Uzupełnij, 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*:

**Uzupełnij, 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*:

**Uzupełnij, 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): 37 000 000,00 zł

Oświadczenia Głównego Ubezpieczonego:

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej deklaracji są zgodne z moją najlepszą wiedzą, kompletne i prawdziwe.
2. 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.
3. Zobowiązuję się do poinformowania osób objętych ochroną ubezpieczeniową (Współubezpieczonych) na podstawie deklaracji o zakresie ubezpieczenia oraz prawach i obowiązkach wynikających z OWU, a także zobowiązuję się do doręczenia Współubezpieczonym OWU w taki sposób, aby mogli się z nimi zapoznać.
4. 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.
5. Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania 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.
6. 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 korzystam lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LUX MED Ubezpieczenia lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia 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.
7. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez LUX MED Ubezpieczenia oraz przez działającą na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółkę 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 udzielać mi świadczeń 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.
8. 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 korzystam lub korzystałem, informacji dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), obejmujących: przyczyny 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; przyczynę 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.
9. 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.
10. 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:

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w niniejszej deklaracji są zgodne z moją najlepszą wiedzą, kompletne i prawdziwe.
2. 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.
3. Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania 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.
4. 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 korzystam lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LUX MED Ubezpieczenia lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia 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.
5. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez LUX MED Ubezpieczenia oraz przez działającą na zlecenie LUX MED Ubezpieczenia spółkę 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 udzielać mi świadczeń 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.
6. 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 korzystam lub korzystałem, informacji dotyczących mojego stanu zdrowia (z wyłączeniem wyników badań genetycznych), obejmujących: przyczyny 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; przyczynę 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.
7. 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.
8. 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:

1. 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:
   a) adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail);
   b) numer telefonu (otrzymywanie wiadomości SMS, MMS oraz połączeń przychodzących).
2. 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 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐	1a ☐ 1b ☐ 2 ☐		
Współubezpieczony 1	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1a ☐ 1b ☐ 2 ☐		
Współubezpieczony 2	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1a ☐ 1b ☐ 2 ☐		
Współubezpieczony 3	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐	1a ☐ 1b ☐ 2 ☐		

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

**Złożenie oświadczeń 1-10 w przypadku Głównego Ubezpieczonego i 1-8 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.*

***W przypadku dziecka niepełnoletniego podpis powinien złożyć przedstawiciel ustawowy.*

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): 37 000 000,00 zł