Deklaracja przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego „Opieka”

MEDICOVER UBEZPIECZENIA

Dane Ubezpieczonego Głównego

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Dane członków rodziny Ubezpieczonego Głównego *

1.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

2.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

3.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

4.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:

ulica: nr domu / mieszkania:

telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

** - o ile dotyczy*

*** - w przypadku dziecka nie posiadającego nr PESEL, wpisać PESEL matki*

**** - ubezpieczeniem mogą być objęci wyłącznie: partner Ubezpieczonego Głównego pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym (Współmałżonek, Konkubent) i/lub dzieci, tj. dzieci własne, przysposobione lub przyjęte na wychowanie dzieci Ubezpieczonego Głównego i/lub Współmałżonka lub Konkubenta/Konkubiny, zamieszkujące na stałe w gospodarstwie domowym Ubezpieczonego Głównego i będące na jego utrzymaniu - do 25 roku życia*

1. Medicover Försäkrings AB (publ.) - reprezentowany przez Oddział w Polsce z siedzibą al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych bądź uzyskanych w celu wykonywania umowy ubezpieczenia
2. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku - o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926, z późn. zm.), dane zebrane przez Medicover Försäkrings AB (publ.) - reprezentowany przez Oddział w Polsce, będą przetwarzane w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową w celu marketingowym administratora danych oraz archiwalno – statystycznym.
3. Osoba ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych i ich poprawienia, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Podanie danych jest dobrowolne i jednocześnie jest podstawą do objęcia Umową.

W związku z powyższym wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych mojego dziecka), zgromadzonych przez: Medicover Försäkrings AB (publ.) - reprezentowane przez Oddział w Polsce al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa w celu wskazanym powyżej oraz na udostępnienie tych danych podmiotom Grupy Medicover (tj. Medicover Sp. z o. o. al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa, Centrum Medyczne Damiana, ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa,) placówkom współpracującym wymienionym na stronie www.medicover.pl w celu zapewnienia świadczeń zdrowotnych wynikających z Umowy.
- objęcie Ubezpieczeniem na warunkach przedstawionych Ubezpieczającemu przez Medicover Försäkrings AB (publ.) - reprezentowany przez Oddział w Polsce
- reprezentowania mnie przez Ubezpieczającego, w tym do składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany programów opieki medycznej zawartej na moją rzecz Umowy. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do zmiany moich danych osobowych, wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, Umowy na kolejne okresy w formie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- Zgodnie z treścią art. 22 ust. 1-5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej upoważniam Medicover Försäkrings AB (publ.) – reprezentowane przez Oddział w Polsce do pozyskiwania danych medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia (stanu zdrowia mojego dziecka) od każdego lekarza, u którego się leczyłem/łam (leczyło się moje dziecko), a także od wszystkich placówek medycznych i zakładów opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Medicover Försäkrings AB (publ.) – reprezentowane przez Oddział w Polsce wszelkich informacji i dokumentacji medycznej o moim stanie zdrowia (stanie zdrowia mojego dziecka), o które Medicover Försäkrings AB (publ.) – reprezentowane przez Oddział w Polsce będzie pytać lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy.

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie podania nieprawdziwych informacji Medicover Försäkrings AB reprezentowany przez Oddział w Polsce nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego.

Data i podpis Ubezpieczonego Głównego:
Data i podpisy Ubezpieczonych: (ich rodziców lub opiekunów)
1.
2.
3.
4.