

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA GRUPOWE UBEZPIECZENIE LUX MED

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Ubezpieczający:

NAU PROFIT sp. z o.o.

Dane Głównego Ubezpieczonego (Członek Związku)

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M Inna

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo: **W TEJ SEKCJI WPISZ DANE CZŁONKA ZNP...**

Nr paszportu:

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon kom:

E-mail:

1. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względny Ubezpieczonego Głównego: Współmałżonek/
Partner Dziecko

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M Inna

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo: **W KOLEJNYCH SEKCJACH WPISZ INFORMACJE O POZOSTAŁYCH UBEZPIECZONYCH**

Nr paszportu:

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon kom:

E-mail:

2. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względny Ubezpieczonego Głównego: Współmałżonek/
Partner Dziecko

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M Inna

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo:

Nr paszportu:

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon kom:

E-mail:

DEKLARACJA ZMIAN

ZAZNACZ WYBRANY PAKIET

Typ ubezpieczenia: Indywidualny Partnerski Rodzinny

Nazwa pakietu: Standardowy Rozszerzony

3. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względny Ubezpieczonego Głównego: Współmałżonek/
Partner Dziecko

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M Inna

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo:

Nr paszportu:

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon kom:

E-mail:

4. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względny Ubezpieczonego Głównego: Współmałżonek/
Partner Dziecko

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M Inna

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo: **W KOLEJNYCH SEKCJACH WPISZ INFORMACJE O POZOSTAŁYCH UBEZPIECZONYCH**

Nr paszportu:

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon kom:

E-mail:

5. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względny Ubezpieczonego Głównego: Współmałżonek/
Partner Dziecko

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M Inna

Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:

Obywatelstwo:

Nr paszportu:

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon kom:

E-mail:

LUXMED
UBEZPIECZENIA

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro

Oświadczenia Głównego Ubezpieczonego:

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w Deklaracji i dane podane do oceny ryzyka ubezpieczeniowego (jeśli ma to zastosowanie w ramach oceny ryzyka ubezpieczeniowego) są podane według mojej najlepszej wiedzy i są pełne oraz prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia otrzymałem OWU Grupowego Ubezpieczenia LUX MED obowiązujące w dniu zawarcia Umowy 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 zobowiązuję się do udostępnienia Współubezpieczonym OWU 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 Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul Szturmowej 2 informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul Szturmowej 2 (dalej: „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG 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 LMG lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia LMG 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 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 z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul Szturmowej 2 (dalej: „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 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 OWU Grupowego Ubezpieczenia LUX MED obowiązujące w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, do której przystępuję, w sposób, który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul Szturmowej 2 informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul Szturmowej 2 (dalej: „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG 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 LMG lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia LMG 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 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 z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez oddział pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-678) przy ul Szturmowej 2 (dalej: „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 S.A. 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 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).
- Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB S.A. 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. Zaznacz krzyżykiem (X) oświadczenia, które akceptujesz.

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

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

	Główny Ubezpieczony	1. Współubezpieczony	2. Współubezpieczony	3. Współubezpieczony	4. Współubezpieczony	5. Współubezpieczony	
Oświadczenia*	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/> 7 <input checked="" type="checkbox"/> 8 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input checked="" type="checkbox"/>	1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> 5 <input checked="" type="checkbox"/> 6 <input checked="" 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	Wpisz bieżącą datę wypełnienia deklaracji u wszystkich ubezpieczonych						
Podpis**	Tu podpisuje się członek ZNP						

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

Zaznacz oświadczenia 1-8 dla Ubezpieczonego Głównego oraz 1-6 dla Współubezpieczonych. Zaznaczenie oświadczeń jest obowiązkowe.

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

Małżonek/partner lub dziecko (jeśli jest powyżej 18 r.ż.). podpisuje się samodzielnie. Za dziecko poniżej 18 r.ż. podpisuje się rodzic lub opiekun prawny.

LUXMED
UBEZPIECZENIA

luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 5 800 000,00 euro