

..... / 20.....r.
Okręg ZNP / Oddział ZNP / Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko członka ZNP

.....
Adres e-mail, telefon kontaktowy (obowiązkowo)

OŚWIADCZENIE O PRZYSTĄPIENIU DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA LUX MED.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Generalnej Umowy Ubezpieczenia nr G7002125/01 zawartej przez NAU Profit Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako „Ubezpieczającym” z LMG Försäkrings AB z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającą przez oddział w Polsce pod nazwą LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Szturmowej 2 zwaną dalej LUX MED.

Jednocześnie oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową poinformowano mnie o zakresie ubezpieczenia oraz prawach i obowiązkach wynikających z umowy ubezpieczenia, jak również otrzymałem/-am:

- Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia LUX MED- kod OWU G/003/2024/C – (zwane dalej **OWU**) wraz z klauzulą obowiązku informacyjnego, dotyczącą przetwarzania danych osobowych w ramach zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej stanowiącą załącznik nr 5 do OWU
- Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym -Grupowe Ubezpieczenie LUX MED (karta produktu),
- Załącznik do Generalnej Umowy Ubezpieczenia nr **G7002125/01** (zakres odstępstw w stosunku do OWU),
- Załączniki do Generalnej Umowy Ubezpieczenia nr **G7002125/01** (opisy pakietów),

Oświadczam, że zapoznałam/em się przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia z obowiązkami informacyjnymi dystrybutora (OID), Oświadczam, że poinformowano mnie, o tym że informacje o przetwarzaniu moich danych osobowych przez NAU Profit sp. z o.o. oraz NAU Broker Ubezpieczeniowy sp. z o.o., zostały udostępnione na stronie www.naubroker.pl Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia **LUX MED i do korzystania z ochrony ubezpieczeniowej** .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NAU Profit sp. z o.o. moich danych osobowych zawartych w treści tego dokumentu do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym również do kontaktu w sprawie zapłaty składek za ubezpieczenie.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na warunkach opisanych powyżej i **wybieram niżej zaznaczony pakiet ubezpieczenia grupowego LUX MED. (proszę zakreślić wybrane ubezpieczenie)**

RODZAJ PAKIETU/ KOD PLANU	NAZWA PAKIETU/ PLANU INDYWIDUALNY (dla jednej osoby)	NAZWA PAKIETU/ PLANU PARTNERSKI (dla dwóch osób)	NAZWA PAKIETU/ PLANU RODZINNY (dla trzech lub więcej osób)
	pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęty jest wyłącznie członek ZNP, który nie ukończył 70 r.ż.	pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęty jest członek ZNP oraz współmałżonek albo Partner życiowy, którzy nie ukończyli 70 r.ż., albo członek ZNP i jedno Dziecko, które nie ukończyło 26 r.ż.	pakiet, w ramach którego opieką medyczną objęty jest członek ZNP oraz współmałżonek albo Partner życiowy, którzy nie ukończyli 70 r.ż., oraz Dzieci, które nie ukończyły 26 r.ż.
	Składka miesięczna za pakiet	Składka miesięczna za pakiet	Składka miesięczna za pakiet
STANDARDOWY	<input type="checkbox"/> 115,00 zł	<input type="checkbox"/> 212,00 zł	<input type="checkbox"/> 353,00 zł
ROZSZERZONY	<input type="checkbox"/> 180,00 zł	<input type="checkbox"/> 325,00 zł	<input type="checkbox"/> 520,00 zł

Oświadczam, że przedstawiona mi oferta ubezpieczenia jest zgodna z moimi potrzebami w zakresie wskazanym powyżej przy uwzględnieniu składki, jaką deklaruję i wybranym przeze mnie pakiecie ubezpieczenia.

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że:

- Umowa ubezpieczenia została zawarta przez NAU Profit Sp. z o. o. z LUX MED. na rzecz osób członków ZNP i osób dla nich najbliższych, które mogą być Współubezpieczone
- Odpowiedzialność LMG Forsarking AB S.A. (LUX MED) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został zgłoszony do LUX MED. na podstawie złożonej Ubezpieczającemu poprawie wypełnionej deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz opłaceniu składki w wyznaczonym terminie.

Podpisy osób wskazanych w tabeli oznaczają akceptację treści powyższych oświadczeń zawartych w niniejszym dokumencie przez osoby przystępujące do ubezpieczenia:

Imię i nazwisko	PESEL	Status	Podpisy osób ubezpieczonych
1.		Członek ZNP	
2.		<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner życiowy	
3.		dziecko Członka ZNP/ małżonka lub partnera życiowego	
4.		dziecko Członka ZNP/ małżonka lub partnera życiowego	
5.		dziecko Członka ZNP/ małżonka lub partnera życiowego	

DODATKOWE OŚWIADCZENIA CZŁONKA ZNP

Zobowiązuję się ponosić koszty składki ubezpieczeniowej za ubezpieczenie osób wyszczególnionych w tym dokumencie

Składka miesięczna..... zł, za ubezpieczenie osób wymienionych w tym dokumencie w ramach wybranego pakietu **będzie wpłacana przeze mnie na rachunek bankowy nr 54 1160 2202 0000 0005 8698 1461** należący do NAU Broker Ubezpieczeniowy sp. z o.o. **w terminie do 10 dnia miesiąca poprzedzającego ochronę ubezpieczeniową.**

Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że:

- skutkiem wystąpienia przeze mnie z ubezpieczenia będzie zakończenie udzielania przez LUX MED ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wszystkich osób zgłoszonych do ubezpieczenia na podstawie tego dokumentu od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie złożenia przeze mnie oświadczenia o wystąpieniu z ubezpieczenia,
- skutkiem zaprzestania opłacania przeze mnie składki za ubezpieczenie jest wystąpienie przeze mnie z ubezpieczenia i zakończenie udzielania przez LUX MED ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do wszystkich osób zgłoszonych do ubezpieczenia na podstawie tego dokumentu od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po dacie zaprzestania opłacania składek,
- kolejne przystąpienie do ubezpieczenia może nastąpić nie wcześniej niż po 12 miesiącach od wystąpienia z ubezpieczenia,
- wysokość składki może zostać podwyższona raz w roku w rocznicę polisy, a o planowanej wysokości składki Okręg ZNP zostanie poinformowany z co najmniej miesięcznym wyprzedzeniem - w takim przypadku przysługuje mi prawo rezygnacji z ubezpieczenia, a brak rezygnacji z ubezpieczenia do końca miesiąca poprzedzającego wprowadzenie nowej wysokości składki, oznacza akceptację przeze mnie składki w zmienionej wysokości bez potrzeby wypełniania kolejnego oświadczenia.

Zgody marketingowe

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez NAU Profit sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych.

tak nie

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom powiązanim z NAU Profit sp. z o. o. tj. Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, oraz NAU Dystrybucja sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w celach marketingowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

tak nie

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od NAU Profit sp. z o. o., a także - w przypadku wyrażenia zgody na udostępnienie swoich danych osobowych podmiotom powiązanim z NAU Profit sp. z o. o., również innych podmiotów tj. Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie oraz NAU Dystrybucji sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie, informacji marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

tak nie wiadomości elektroniczne (e-mail)

tak nie SMS/MMS

tak nie połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna)

Data i czytelny podpis członka ZNP.....