## Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego

**Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. dla pracowników**

…………………………………………………..

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Dane Pracownika** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | | | | **Imię** | | | **Płeć** | | **PESEL** | | | | **Data urodzenia**  **(dd-mm-rrrr)** | | **Numer telefonu komórkowego** | |
|  | | | | |  | | |  | |  | | | |  | |  | |
| **Wariant** | | | **Świadczenia medyczne określone w Katalogu Świadczeń do polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia** | | | | | **Ubezpieczenie pracownika   składka** | | | | | | **Ubezpieczenie partnerskie** (**dopłata** za partnera/małżonka) | | **Ubezpieczenie rodzinne** (**dopłata** za partnera/małżonka i jego dzieci do 25 rż.) | |
|  | | | zgodnie z zakresem Wariantu | | | | | finansowany przez Pracodawcę koszt Pracownika **1 PLN** | | | | | | * **…. PLN** | | * **……PLN** | |
|  | | | zgodnie z zakresem Wariantu | | | | | □ **PLN** | | | | | | * **…PLN** | | * **…. PLN** | |
|  |  | **UWAGA ! proszę obowiązkowo uzupełnić NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO**  **Dane członków Rodziny przystępujących do Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** | | | | **Imię** | | **Pokrewieństwo**  **(mąż/żona/partner/dziecko)** | | | | | | **Płeć** | **PESEL** | | **Data urodzenia**  **(dd-mm-rrrr)** | | **Numer telefonu komórkowego** |
|  | | | |  | |  | | | | | |  |  | |  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  |  | |  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  |  | |  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  |  | |  | |  |
|  | | | |  | |  | | | | | |  |  | |  | |  |
|  | | | | | | |  | |  | |  | | | |  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **OŚWIADCZENIA**   1. Oświadczam iż dane zawarte w niniejszym wniosku o przystąpienie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego są kompletne i zgodne z prawdą oraz zobowiązuje się informować Ubezpieczającego lub Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych. 2. Oświadczam, że zostałem poinformowany, zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, że:  * administratorem moich danych osobowych (oraz danych osobowych członków mojej rodziny w opcji rodzinnej ubezpieczenia) jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. z siedzibą w Gdyni ul. Śląska 21; * mam prawo do wglądu moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania; * moje dane (i mojej rodziny w opcji rodzinnej ubezpieczenia), w tym dane dotyczące udzielonych usług medycznych (moich i mojej rodziny), są wykorzystywane w celu wykonania przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. umowy ubezpieczenia.  1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (i członków mojej rodziny w opcji rodzinnej ubezpieczenia) podanych przez mnie, w tym danych dotyczących, lub mających wpływ na stan mojego zdrowia (lub mojej rodziny) przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA w celu realizacji umowy ubezpieczenia, a także na przekazanie danych do operatora medycznego odpowiedzialnego, za organizację usług medycznych oraz do Placówek Medycznych, które będą udzielały usług medycznych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm. i z ustawą z dnia 11 września 2015r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn. zm.) 2. Upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń do zasięgania, zgodnie z obowiązującym prawem, wszelkich informacji dotyczących stanu mojego zdrowia (oraz stanu zdrowia członków mojej rodziny w opcji rodzinnej) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych. 3. Niniejszym potwierdzam, iż udostępnione zostały mi (oraz członkom mojej rodziny w opcji rodzinnej ubezpieczenia):  * Ogólne Warunki Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA ZDROWIE o kodzie OWU/01/2016 zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A nr UZ/01/2016 z dnia 21.01.2016 r.; * Katalog Świadczeń Grupowego Ubezpieczenia POLISA ZDROWIE KS/18/2016 zatwierdzony Uchwałą Zarządu nr UZ / 59/ 2016 z dnia 13.09.2016 r.; * Procedura Reklamacyjna.  1. Niniejszym wyrażam zgodę na objęcie mnie oraz członków mojej rodziny ubezpieczeniem na warunkach wymienionych w punkcie 5 powyżej. Oświadczam że niniejsze warunki ubezpieczenia zostały mi doręczone przed wrażeniem przez mnie zgody na przystąpienie do umowy ubezpieczenia i udzielenie mi ochrony ubezpieczeniowej oraz przed wyrażeniem przez mnie zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej. 2. Oświadczam, że zgodnie z art. 60, 61 § 1 i 63 § 1 Kodeksu cywilnego (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późń.zm.) posiadam pisemne upoważnienie osób wskazanych w niniejszym wniosku do składania powyższych oświadczeń woli w ich imieniu, Osoby wskazane w niniejszym wniosku zostały zapoznane z treścią powyższych zapisów i świadomie wyrażają zgodę na złożenie powyższych oświadczeń również w ich imieniu. Świadomie przyjmuję do wiadomości, iż brak upoważnień uniemożliwia realizację umowy ubezpieczenia (dotyczy tylko opcji rodzinnej ubezpieczenia).    * **Tak** 3. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. korespondencji, w tym oświadczeń woli drogą elektroniczną na adres e-mailowy podany we wniosku lub na podany numer telefonu komórkowego. Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku zmiany adresu e-mailowego lub numeru telefonu komórkowego do niezwłocznego przekazania nowych danych Towarzystwu Ubezpieczeń ZDROWIE SA   ** Tak  Nie**  Miejscowość …………………………….., data …………………………  ……………………………………………………………  *podpis Ubezpieczonego Głównego* | |  |