



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA KKA ZDROWIE

| | | |
|------------------------------|----------------------|-------------------------|
| DANE UBEZPIECZONEGO | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | IMIĘ | NAZWISKO |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | KOD POCZTOWY | MIEJSCOWOŚĆ |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | ULICA | NUMER DOMU / MIESZKANIA |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| NUMER TELEFONU (OBOWIĄZKOWE) | PESEL | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| ADRES E-MAIL (OBOWIĄZKOWE) | <input type="text"/> | |

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| MAŁŻONEK / PARTNER | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | IMIĘ | NAZWISKO |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | NUMER TELEFONU | PESEL |

| DZIECI | IMIĘ | NAZWISKO | PESEL |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

| WYBÓR WARIANTU I SKŁADKI | PAKIET | KKA ZDROWIE I | KKA ZDROWIE II | KKA ZDROWIE III | KKA ZDROWIE IV |
|--------------------------|--------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | INDYWIDUALNY | <input type="checkbox"/> 65 zł | <input type="checkbox"/> 112 zł | <input type="checkbox"/> 150 zł | <input type="checkbox"/> 178 zł |
| | PARTNERSKI | <input type="checkbox"/> 130 zł | <input type="checkbox"/> 224 zł | <input type="checkbox"/> 300 zł | <input type="checkbox"/> 356 zł |
| | RODZINNY | <input type="checkbox"/> 215 zł | <input type="checkbox"/> 370 zł | <input type="checkbox"/> 453 zł | <input type="checkbox"/> 588 zł |

| | |
|---------------|--|
| OKRES OCHRONY | DEKLAROWANY POCZĄTEK OCHRONY - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
|---------------|--|

Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez firmy należące do Grupy ANDIŃ z siedzibą w Legnicy przy ul. Piastowskiej 2, lok.1A, zarejestrowaną przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej VI Wydział Gospodarczy, KRS 0000331511, jako administratora danych osobowych w celu prowadzenia działalności gospodarczej obejmującej w szczególności pośrednictwo ubezpieczeniowo-finansowe. Potwierdzam, że udzielono mi informacji przewidzianych ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. poz. 926 z późniejszymi zmianami), w tym szczególnie o prawie dostępu do swoich danych i ich aktualizacji. Wyrażam zgodę na kontakt przez sms, telefon, przesyłanie za pośrednictwem poczty i środków komunikacji elektronicznej informacji o stanie wpłaconych składek, oraz produktach i usługach oferowanych przez Grupę ANDIŃ.

Miejscowość, Data

Podpis Klienta/Ubezpieczonego

Podpis/Pieczęć Agenta



Oświadczenia Klienta/Ubezpieczonego

| | | |
|--------------|----------------------|----------------------|
| UBEZPIECZONY | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| | IMIĘ | NAZWISKO |
| | PESEL | <input type="text"/> |

| | |
|---------------|---|
| OKRES OCHRONY | DEKLAROWANY POCZĄTEK OCHRONY - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |
|---------------|---|

Zakres grupowego ubezpieczenia zdrowotnego POLISA OPTIMA dla klientów P.U.H. ANDIW Andrzej Wątrobiński obejmuje dostęp do usług medycznych zgodnie z postanowieniami Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE SA o kodzie OWU/03/2016, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu z dnia 21.01.2016 r. o numerze UZ/06/2016 oraz Katalogu Świadczeń POLISA OPTIMA z opcja zwrotów kosztów kodzie o kodzie KS/03/2016, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu z dnia 21.01.2016 r. o numerze UZ/10/2016.

1. 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 i partnerskiej 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 członków mojej rodziny w opcji rodzinnej i partnerskiej ubezpieczenia), w tym dane dotyczące udzielonych usług medycznych (moich i członków mojej rodziny), są wykorzystywane w celu wykonania przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. umowy ubezpieczenia.

2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (i członków mojej rodziny w opcji rodzinnej i partnerskiej 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).

3. Upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń do zasięgnięcia, zgodnie z obowiązującym prawem, wszelkich informacji dotyczących stanu mojego zdrowia (oraz stanu zdrowia członków mojej rodziny w opcji rodzinnej i partnerskiej) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych.

4. Niniejszym potwierdzam, iż udostępnione zostały mi oraz członkom mojej rodziny (w opcji rodzinnej i partnerskiej ubezpieczenia) Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE SA o kodzie OWU/03/2016, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu z dnia 21.01.2016 r. o numerze UZ/06/2016 oraz Katalogu Świadczeń POLISA OPTIMA z opcja zwrotów kosztów kodzie o kodzie KS/03/2016, zatwierdzonych Uchwałą Zarządu z dnia 21.01.2016 r. o numerze UZ/10/2016 oraz Procedura Reklamacyjna przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia i wyrażaniem przeze mnie zgody na sfinansowanie kosztu składki..

5. Oświadczam, że zgodnie z art. 60, 61 § 1 i 63 § 1 Kodeksu cywilnego (Dz.U. Nr 16, poz. 93, z późn.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 opcji rodzinnej i partnerskiej ubezpieczenia).

TAK

6. 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 Klienta/Ubezpieczonego