

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Ubezpieczający:	
Adres:	

I. DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO:

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Kosztów Leczenia ANTIDOTUM zatwierdzonych uchwałą nr 66/2012 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 05.07.2012 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr 20/2013 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 05.03.2013 roku, uchwałą nr 03/12/05/2014 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 12.05.2014 roku, uchwałą nr 07/31/03/2015 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 31.03.2015 roku oraz uchwałą nr 02/08/12/2015 Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 08.12.2015 roku

Imię i nazwisko:	
Adres:	
PESEL:	
Adres e-mail, tel:	
Data urodzenia:	
Płeć:	

Grupa ubezpieczenia określona na polisie: _____

Zakres i sumy ubezpieczenia				Ubezpieczenie indywidualne – ubezpieczenie na rzecz osoby fizycznej wskazanej przez Ubezpieczającego – składka za osobę	Ubezpieczenie rodzinne składka za rodzinę
Ubezpieczenie kosztów świadczeń medycznych wraz kosztami świadczeń medycznych medycyny pracy wariant ubezpieczenia	Ubezpieczenie pobytu w szpitalu wariant, wysokość świadczenia dziennego i suma ubezpieczenia	Ubezpieczenie świadczeń assistance infolinia +48 22 212 20 12 suma ubezpieczenia	Ubezpieczenie kosztów pomocy doraźnej suma ubezpieczenia		
WARIANT: PLN PLN PLN		<input type="checkbox"/> PLN	<input type="checkbox"/> ¹ PLN

Ubezpieczenie rodzinne - ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczonych: osób fizycznych i ich współmałżonków lub partnerów oraz dzieci, wskazanych imiennie w umowie ubezpieczenia (polisie),

II. DANE CZŁONKÓW RODZINY W UBEZPIECZENIU RODZINNYM:

Współmałżonek/partner ²

a)	Imię i nazwisko:	
	Adres:	
	PESEL:	
	Adres e-mail, tel:	
	Data urodzenia:	
	Płeć:	

Dzieci

b)	Imię i nazwisko:	
	Adres:	

PESEL:	
Data urodzenia:	Płeć:

c)	Imię i nazwisko:	
	Adres:	
	PESEL:	
	Data urodzenia:	Płeć:

d)	Imię i nazwisko:	
	Adres:	
	PESEL:	
	Data urodzenia:	Płeć:

III. Oświadczenie:

- Niniejszym oświadczam, iż zapoznałem (am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, doręczonymi OWU oraz przysługującymi mi prawami, a także sposobem i trybem rozpatrywania skarg i zażaleń zgłaszanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę na odpłatne występowanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, za pośrednictwem lekarza upoważnionego przez InterRisk, o przekazanie informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, podanych dobrowolnie przeze mnie lub osoby trzeciej, w tym danych dotyczących stanu mojego zdrowia, przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o zasadach i prawach wynikających z ustawy o ochronie danych osobowych, (a w szczególności o poniższym:
 - administratorem moich danych osobowych jest InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22
 - dane osobowe przekazywane są do Centrum Assistance - APRIL Polska Assistance Sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, przy ul. Siennej 73, który będzie udzielał świadczeń assistance,
 - dane osobowe przekazywane są do Partnera Medycznego – LUX MED Sp. z o.o. oraz placówek z nim współpracujących, które będą świadczyły usługi medyczne,
 - mam prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.

Informujemy, że obowiązek podania danych zawartych we wniosku, niezbędnych do oceny ryzyka, wynika z art. 41 ust.1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

.....
podpis Ubezpieczonego wskazanego w pkt. I

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II a)

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II b)

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II c)

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II d)

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych

.....
podpis Ubezpieczonego wskazanego w pkt. I

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II a)

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II b)

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II c)

.....
podpis Ubezpieczonego³
wskazanego w pkt. II d)

.....
miejsceowość, data

² Niepotrzebne skreślić.

³ Jeżeli Ubezpieczenie zawierane jest na rzecz osoby trzeciej Ubezpieczony zobowiązany jest podpisać oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych. W przypadku niepełnoletnich dzieci oświadczenie podpisują rodzice/opiekunowie prawni.