

Nr polisy

Nazwa Ubezpieczającego

Deklaracja zgody na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego VISION

Ubezpieczony

Pracownik

Członek Rodziny Pracownika

Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imiona

Adres zameldowania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Telefon

Wykonywany zawód

Adres do korespondencji

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Nr PESEL

e-mail

Stopień pokrewieństwa w stosunku do Pracownika*:

mąż/żona

partner/partnerka

córka/syn

Imię i nazwisko Pracownika*

Nr PESEL Pracownika*

Deklarowana data objęcia ochroną ubezpieczeniową

-

-

Wariant ubezpieczenia VISION

Basic

Silver

Gold

Diamond

Ubezpieczenia dodatkowe

Medycyna pracy

KLZ

Protetyka w NNW

Best Doctors

Oświadczenia

Oświadczenie o zgodności danych

Niniejszym oświadczam, że dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą. Zgadzam się, aby wniosek ten, wraz z innymi informacjami dostarczonymi przeze mnie w załączeniu, był podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia. Zobowiązuję się informować TU INTER Polska S.A. z siedzibą: 02-486 Warszawa, Al. Jerozolimskie 172, o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych, jeżeli wystąpią one przed lub po zawarciu umowy ubezpieczenia. Podpisanie niniejszego wniosku nie zobowiązuje żadnej ze stron do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Oświadczenie o zwolnieniu z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej

Zwalniam lekarzy, lekarzy dentyistów oraz inne osoby wykonujące zawód medyczny, jak również placówki medyczne świadczące usługi zdrowotne z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej, również w przypadku mojej śmierci oraz upoważniam je, aby udzieliły TU INTER Polska S.A. wymaganych informacji dotyczących stanu mojego zdrowia, nalogów oraz procesu leczenia, w szczególności w celu weryfikacji informacji podanych we wniosku (ocena ryzyka) i innych dokumentach oraz weryfikacji dokumentów wniesionych w celu realizacji świadczenia. Wyrażam również dobrowolnie zgodę na to, że TU INTER Polska S.A. sprawdza dokumenty przeze mnie wniesione (rachunki, zwolnienia i zaświadczenia lekarskie, karty choroby itp.) oraz dokumenty wydawane przez placówki medyczne lub osoby wykonujące zawód medyczny.

Przetwarzanie danych osobowych

Niniejszym dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w szczególności danych dotyczących stanu mojego zdrowia i nalogów przez Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A. z siedzibą w Warszawie (02-486), Al. Jerozolimskie 172. Wyrażam również dobrowolną zgodę na udostępnienie moich danych osobowych podmiotom współpracującym z Towarzystwem Ubezpieczeń INTER Polska S.A. oraz przesyłania danych za granicę w celu realizacji zawartej umowy ubezpieczenia.

Wyrażam dobrowolną zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez TU INTER Polska S.A. oraz podmioty powiązane kapitałowo z TU INTER Polska S.A. w celach statystycznych.

Zgodnie z treścią ustawy z dnia 29.08.1997 r. o "ochronie danych osobowych" (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) ubezpieczającym i ubezpieczonemu przysługuje prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie moich danych osobowych przez TU INTER Polska S.A. w celach marketingowych.

Wyrażam zgodę TAK / NIE

Ubezpieczony oświadcza, że otrzymał Ogólne i Szczególne Warunki Ubezpieczenia zdrowotnego VISION wraz z warunkami odpowiednich ubezpieczeń dodatkowych stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia oraz zapoznał się z ich treścią.

Miejscowość, dnia

Podpis Ubezpieczonego (w przypadku dzieci do 18 roku życia podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

* wypełnić w przypadku, gdy ubezpieczonym jest Członek Rodziny