

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

0  1 -   - 2 0

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