

Dane Ubezpieczonego Głównego

Nazwisko i imię:

PESEL:

miasto: kod pocztowy:
ulica: nr domu / mieszkania:
telefon: e-mail:

Dane członków rodziny Ubezpieczonego Głównego*

1.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:
ulica: nr domu / mieszkania:
telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

2.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:
ulica: nr domu / mieszkania:
telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

3.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:
ulica: nr domu / mieszkania:
telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

4.

Nazwisko i imię:

PESEL**:

miasto: kod pocztowy:
ulica: nr domu / mieszkania:
telefon: e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym ***:

* - o ile dotyczy

** - w przypadku dziecka nie posiadającego nr PESEL, wpisać PESEL matki

*** - ubezpieczeniem mogą być objęci wyłącznie: partner Ubezpieczonego Głównego pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym (Współmałżonek, Konkubent) i/lub dzieci, tj. dzieci własne, przysposobione lub przyjęte na wychowanie dzieci Ubezpieczonego Głównego i/lub Współmałżonka lub Konkubenta/Konkubiny, zamieszkujące na stałe w gospodarstwie domowym Ubezpieczonego Głównego i będące na jego utrzymaniu - do 25 roku życia

1. Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku - o ochronie danych osobowych Medicover Försäkrings AB (publ.) - reprezentowana przez Oddział w Polsce z siedzibą al. Jerozolimskie 96, 00-807 (dalej „Medicover Försäkrings”) Warszawa informuje, iż jest Administratorem Danych Osobowych podanych bądź uzyskanych w celu wykonywania Umowy Ubezpieczenia.
2. Dane zebrane przez Medicover Försäkrings, będą przetwarzane w celach związanych z prowadzoną działalnością ubezpieczeniową w celu informowania o produktach i usługach administratora danych, rozliczeń finansowych, archiwalno – statystycznym oraz udostępniane w celu realizacji Umowy.
3. Osoba objęta opieką ma prawo wglądu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Podanie danych jest dobrowolne i jednocześnie jest podstawą do objęcia Umową.

Przystępując do Umowy Ubezpieczenia wyrażam zgodę na:

- przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych mojego dziecka), zgromadzonych przez Medicover Försäkrings w celu realizacji Umowy oraz na udostępnienie tych danych podmiotom Grupy Medicover będącym w jednej grupie kapitałowej wyszczególnionym na stronie internetowej www.medicover.pl, placówkom współpracującym wymienionym na stronie www.medicover.pl w celu objęcia opieką medyczną.
- objęcie Ubezpieczeniem na warunkach przedstawionych Ubezpieczającemu przez Medicover Försäkrings
- reprezentowania mnie przez Ubezpieczającego, w tym do składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany Programów Opieki Medycznej zawartej na moją rzecz Umowy. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do zmiany moich danych osobowych, wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, Umowy na kolejne okresy w formie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
- Zgodnie z treścią art. 38 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej upoważniam Medicover Försäkrings do pozyskiwania danych medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia (stanu zdrowia mojego dziecka) od każdego lekarza, u którego się leczyłem/łam (leczyło się moje dziecko), a także od podmiotów leczniczych, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie Medicover Försäkrings wszelkich informacji i dokumentacji medycznej o moim stanie zdrowia (stanie zdrowia mojego dziecka), o które Medicover Försäkrings będzie pytał lekarzy, podmioty lecznicze w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy.

Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia zostały mi doręczone oraz zapoznałem(am) się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia, Skorowidzem, zakresem ochrony oraz wysokością sumy ubezpieczenia i składki. Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie podania nieprawdziwych informacji Medicover Försäkrings nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego. Zobowiązuję się informować Ubezpieczającego o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych, jeżeli wystąpią one przed lub po zawarciu Umowy.

Data i podpis Ubezpieczonego Głównego:
Data i podpisy Ubezpieczonych: (ich rodziców lub opiekunów)
1.
2.
3.
4.