

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA DEKLARACJI

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA:

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Ubezpieczający

DEKLARACJA ZMIAN

Typ ubezpieczenia

Indywidualny

Rodzinny

Partnerski

Rodzic

Przystaw pieczętkę firmy lub wpisz dane firmy (minimum nazwę).

Zaznacz jaki typ ubezpieczenia wybierasz.

Wpisz swoje dane osobowe i teledadresowe. Minimalny zakres danych: imię, nazwisko, data urodzenia, numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL wpisz numer paszportu).

Dane ubezpieczonego Głównego

Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny:
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

1. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Małżonek Partner Dziecko Rodzic
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

2. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Małżonek Partner Dziecko Rodzic
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

3. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Małżonek Partner Dziecko Rodzic
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

4. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Małżonek Partner Dziecko Rodzic
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

5. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:
 Małżonek Partner Dziecko Rodzic
Nazwisko i imię:
PESEL: Data urodzenia:
Płeć: K M
Gdy zgłaszana osoba jest obcokrajowcem:
Obywatelstwo:
Nr paszportu:
Adres korespondencyjny (wpisz, jeśli adres korespondencyjny jest inny niż u Ubezpieczonego Głównego):
Miasto: Kod pocztowy:
Ulica: Nr domu/
mieszkania:
Dane kontaktowe:
Telefon dom: Telefon kom:
E-mail:

Wpisz dane wszystkich zgłaszanych Współubezpieczonych. Minimalny zakres danych: imię, nazwisko, data urodzenia, numer PESEL (w przypadku braku numeru PESEL wpisz numer paszportu).

Jeśli adres Współubezpieczonego jest taki sam jak Twój nie trzeba go ponownie wypełniać.

LUXMED
UBEZPIECZENIA
luxmed.pl

LMG Försäkrings AB S.A. Oddział w Polsce
ul. Postępu 21C, 02-676 Warszawa
t: 22 450 45 00, 22 450 50 10, f: 22 331 85 85
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000395438
NIP: 108 001 14 94, REGON: 145156729
Wysokość kapitału zakładowego: 4 800 000,00 euro

Oświadczenia Ubezpieczonego Głównego:

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w deklaracji przystąpienia i dane podane do oceny ryzyka ubezpieczeniowego są podane według mojej najlepszej wiedzy i są pełne oraz prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia otrzymałem/łam OWU/SWU, w sposób który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Zobowiązuję się do poinformowania osoby objęte ochroną ubezpieczeniową (Współubezpieczonych) na podstawie Deklaracji przystąpienia o zakresie ubezpieczenia oraz prawach i obowiązkach wynikających OWU/SWU, a także zobowiązuję się do udostępnienia Współubezpieczonym OWU/SWU w sposób, aby mogli się z nimi zapoznać.
- Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do ochrony ubezpieczeniowej osoby wyraziły chęć objęcia ubezpieczeniem, a podane przeze mnie dane osobowe Współubezpieczonych są – według mojej najlepszej wiedzy – prawdziwe i aktualne. Rozumiem, że Współubezpieczeni powinni samodzielnie potwierdzić przystąpienie do ubezpieczenia, a czym zobowiązuję się ich poinformować.
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Forsäkrings AB Spółka Akcyjna Oddział w Polsce informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21C, 02-675 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) przez podmioty lecznicze, z których usług korzystam lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LMG lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia LMG realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczeniowej, którą jestem objęty w ramach zapewnienia mi koordynacji procesu hospitalizacji i leczenia, oraz ich rozliczenia oraz wyrażam zgodę na to, aby LMG oraz LUX MED upoważniły swój personel działający w ich imieniu do dostępu do informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz pozyskiwania dokumentacji medycznej z udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21 C, 02-676 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do LMG (oraz działających na jego zlecenie podmiotów) lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, innym podmiotom leczniczym, które mają udzielać mi świadczeń zdrowotnych, co do których usługi koordynacji leczenia – w zakresie wynikającym z posiadanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej – świadczy LMG, w celu zapewnienia mi możliwości skorzystania z usług objętych umową ubezpieczenia oraz ich rozliczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Oświadczenia Współubezpieczonych:

- Oświadczam, że wszystkie informacje podane w deklaracji przystąpienia i dane podane do oceny ryzyka ubezpieczeniowego są podane według mojej najlepszej wiedzy i są pełne oraz prawdziwe.
- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia otrzymałem/łam OWU/SWU, w sposób który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
- Upoważniam podmioty lecznicze do udzielania LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działająca przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C informacji o zrealizowanych na moją rzecz usługach, w tym wskazujących choćby pośrednio na mój stan zdrowia.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie do LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz do działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21C, 02-675 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) przez podmioty lecznicze, z których usług korzystam lub korzystałem, mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia w zakresie objętym złożonym przez LMG lub LUX MED wnioskiem celem umożliwienia LMG realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczeniowej, którą jestem objęty w ramach zapewnienia mi koordynacji procesu hospitalizacji i leczenia, oraz ich rozliczenia oraz wyrażam zgodę na to, aby LMG oraz LUX MED upoważniły swój personel działający w ich imieniu do dostępu do informacji na temat mojego stanu zdrowia oraz pozyskiwania dokumentacji medycznej z udzielonych mi świadczeń zdrowotnych.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez LMG Försäkrings AB S.A. z siedzibą w Sztokholmie (102 51), Szwecja, Box 27093, działającej przez Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie (02-676) przy ul. Postępu 21C (dalej jako „LMG”) oraz działającej na zlecenie LMG spółki LUX MED sp. z o.o., z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 21 C, 02-676 Warszawa (dalej jako: „LUX MED”) mojej dokumentacji medycznej oraz informacji o moim stanie zdrowia, które samodzielnie przekazałem do LMG (oraz działających na jego zlecenie podmiotów) lub które zostały pozyskane na podstawie udzielonej przeze mnie zgody, innym podmiotom leczniczym, które mają udzielać mi świadczeń zdrowotnych, co do których usługi koordynacji leczenia – w zakresie wynikającym z posiadanej przeze mnie ochrony ubezpieczeniowej – świadczy LMG, w celu zapewnienia mi możliwości skorzystania z usług objętych umową ubezpieczenia oraz ich rozliczenia.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia zakładom reasekuracji, które będą wykonywać działalność reasekuracyjną w zakresie reasekuracji ryzyka przyjętego przez Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia.

Klauzule marketingowe:

- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce i innych podmiotów z Grupy LUX MED, komunikacji marketingowej, której celem jest promocja usług oraz towarów oferowanych przez te podmioty, informowanie o wydarzeniach dotyczących ich działalności oraz promowanie pro-zdrowotnego stylu życia. Zgadzam się na wykorzystanie do komunikacji moich danych:
 - adres e-mail (otrzymywanie wiadomości e-mail)
 - numer telefonu (otrzymywanie wiadomości SMS, MMS oraz połączeń przychodzących)
- Wyrażam wobec LMG Försäkrings AB SA Oddział w Polsce oraz innych podmiotów z Grupy LUX MED zgodę na przetwarzanie w celach marketingowych, w tym poprzez profilowanie, moich danych osobowych pozyskanych w trakcie zamawiania, korzystania z usług tych podmiotów lub pozostawianych przeze mnie na ich formularzach kontaktowych. Niniejsza zgoda dotyczy wszelkich danych dotyczących mojej osoby, w tym informacji o sposobie korzystania przeze mnie z usług ww. podmiotów.

Podpisy ubezpieczonych

Zaznacz krzyżykiem (X) oświadczenia, które akceptujesz.

*** Złożenie oświadczeń 1-8 w przypadku Ubezpieczonego Głównego i 1-6 w przypadku Współubezpieczonych jest dobrowolne, lecz odmowa ich złożenia może skutkować niemożnością objęcia ochroną ubezpieczeniową. Wyrażenie zgód marketingowych jest dobrowolne i nie ma wpływu na objęcie ochroną ubezpieczeniową.**

	Ubezpieczony Główny	1. Współubezpieczony	2. Współubezpieczony	3. Współubezpieczony	4. Współubezpieczony	5. Współubezpieczony
Oświadczenia*	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Klauzule marketingowe*	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	1a <input type="checkbox"/> 1b <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
Data						
Podpis						

Informację o administracji danych, podstawach prawnych, celach przetwarzania Twoich danych i innych kwestiach związanych z przetwarzaniem podanych nam danych znajdziesz na końcu formularza deklaracji.

Zaznacz oświadczenia 1-8 dla Ubezpieczonego Głównego oraz 1-6 dla Współubezpieczonych.

Zaznaczenie oświadczeń jest obowiązkowe.

Zaznacz klauzule marketingowe na które wyrażasz zgodę.

Podpisz się odręcznie lub podpisem kwalifikowanym.

Zwróć uwagę na to, że każdy Ubezpieczony ma swoją indywidualną kolumnę do zaznaczenia oświadczeń – zgodnie z danymi osobowymi wpisanymi na pierwszej stronie deklaracji.

Wpisz bieżącą datę wypełnienia deklaracji.

W tym miejscu odręczny podpis składa małżonek/partner lub dziecko (jeśli jest powyżej 18 r.ż.). Za dziecko poniżej 18. r.ż. podpisuje się rodzic lub opiekun prawny.