

PEŁNE UBEZPIECZENIE MEDYCZNE (PUM) WNIOSEK UBEZPIECZENIOWY

PROSIMY WYPEŁNIĆ NINIEJSZY FORMULARZ WNIOSKU W CAŁOŚCI **PISMEM DRUKOWANYM** I ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE KRATKI. PODANIE PONIŻSZYCH INFORMACJI JEST WAŻNE, BYŚMY MOGLI WŁAŚCIWIE ZAKWALIFIKOWAĆ PANA/I WNIOSEK. JEŻELI NIE UDZIELI PAN/I ODPOWIEDZI NA PYTANIE, TAKI BRAK ODPOWIEDZI BĘDZIE DLA NAS INFORMACJĄ, ŻE NIE MA PAN/I NIC DO ZGŁOSZENIA. NINIEJSZY WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ WŁASNORĘCZNIE. JEŻELI MUSI PAN/I NANIEŚĆ POPRAWKĘ, ZMIANĘ NALEŻY OPATRYĆ PARAFKĄ.

1.

DANE OSOBOWE (PROSIMY O POINFORMOWANIE NAS O KAŻDEJ ZMIANIE ADRESU)
- DOTYCZY GŁÓWNEGO WNIOSKODAWCY/UBEZPIECZAJĄCEGO

TYTUŁ

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA

ADRES DO KORESPONDENCJI
(NALEŻY WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE WTEDY, GDY CHCE SIĘ OTRZYMYWAĆ KORESPONDENCJĘ POD INNYM ADRESEM NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA)

NAZWA FIRMY / PRACODAWCY

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

NR DOWODU/PASZPORTU

OBYWATELSTWO (W PRZYPADKU PODWÓJNEGO OBYWATELSTWA,
PROSIMY O PODANIE KRAJÓW)

KRAJ, W KTÓRYM PAN(I) MIESZKA PRZEZ WIĘKSZĄ CZĘŚĆ ROKU:

ZAWÓD

EMAIL

TEL. KOM.

2.

WYBRANY PROGRAM I UDZIAŁ WŁASNY

Ochrona rozpoczyna się z dniem wskazanym na Certyfikacie Ubezpieczenia pod warunkiem, że Wniosek został przez nas odebrany i zaakceptowany. Prosimy wybrać **JEDEN** poziom ochrony i Wkładu Własnego oraz Terytorium Obowiązywania Ochrony Ubezpieczeniowej, zaznaczając (v) odpowiednie kratki. Wybrane opcje mają zastosowanie do wszystkich osób objętych niniejszą Polisą.

POZIOM OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	YELLOW	SUNRISE	HONEY	MARIGOLD	SAFFRON
------------------------------------	--------	---------	-------	----------	---------

UDZIAŁ WŁASNY: YELLOW I SUNRISE / Udział Własny dla wszystkich świadczeń, za każdy Rok Polisowy i osobę.

€0	€75	€150	€250	€500	€1000	€2500	€4500
----	-----	------	------	------	-------	-------	-------

UDZIAŁ WŁASNY: HONEY, MARIGOLD, SAFFRON / Udział Własny dla świadczeń szpitalnych, za każdy Rok Polisowy i osobę. :

€0	€150	€300	€625	€1250	€2500	€6250
----	------	------	------	-------	-------	-------

TERYTORIUM OBOWIĄZYWANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

UNIA EUROPEJSKA

CAŁY ŚWIAT Z WYŁĄCZENIEM STANÓW ZJEDNOCZONYCH I KANADY

CAŁY ŚWIAT

3. UCZESTNICTWO W PROGRAMACH UBEZPIECZENIOWYCH (AKTUALNIE I W PRZESZŁOŚCI)

CZY KIEDYKOLWIEK BYŁ(A) PAN(I) UBEZPIECZONY(A) LUB SKŁADAŁ(A) PAN(I) WNIOSK O PRZYSTĄPIENIE DO PROGRAMU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO? JEŚLI TAK, PROSIMY PONIŻEJ Podać SZCZEGÓŁY.

YES

NO

NAZWA UBEZPIECZYCIELA(I) I PROGRAMU(ÓW):

DATA WAŻNOŚCI POLISY:

4. WALUTA I SPOSÓB PŁATNOŚCI SKŁADKI

WALUTA: €

PROSZĘ WYBRAĆ CZĘSTOTLIWOŚĆ PŁATNOŚCI SKŁADKI:

PREFEROWANA DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ: (DD/MM/RRRR)

ROCZNIE

PÓŁROCZNIE

KWARTALNIE

5. OSOBY, KTÓRE MAJĄ ZOSTAĆ OBJĘTE OCHRONĄ*

TYTUŁ

IMIĘ I NAZWISKO

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (małżonek/małżonka, partner/partnerka, syn/córka)

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

NR DOWODU/PASZPORTU

OBYWATELSTWO:

ZAWÓD

ZAMIESZKAŁY/A

TYTUŁ

IMIĘ I NAZWISKO

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (małżonek/małżonka, partner/partnerka, syn/córka)

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

NR DOWODU/PASZPORTU

OBYWATELSTWO:

ZAWÓD

ZAMIESZKAŁY/A

TYTUŁ

IMIĘ I NAZWISKO

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (małżonek/małżonka, partner/partnerka, syn/córka)

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

NR DOWODU/PASZPORTU

OBYWATELSTWO:

ZAWÓD

ZAMIESZKAŁY/A

TYTUŁ

IMIĘ I NAZWISKO

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (małżonek/małżonka, partner/partnerka, syn/córka)

DATA URODZENIA (DD/MM/RRRR)

NR DOWODU/PASZPORTU

OBYWATELSTWO:

ZAWÓD

ZAMIESZKAŁY/A

* Dla większej liczby członków rodziny prosimy kontynuować używając kolejnego formularza Wniosku.

6.

POUFNY WYWIAD MEDYCZNY [OŚWIADCZENIA NALEŻY ZŁOŻYĆ W FORMIE PISEMNEJ W NINIEJSZYM FORMULARZU WNIOSKU. OŚWIADCZENIA USTNE NIE BĘDĄ PRZYJMOWANE].

Uwaga:

- Należy zgłosić przebyte Choroby swoje/zgłaszanych osób, nawet jeśli był(a) Pan(i) wcześniej ubezpieczony(a) przez nas lub innego ubezpieczyciela.
- WYKLUCZA SIĘ ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA JAKIEKOLWIEK CHOROBY ZAISTNIAŁE PRZED DATĄ PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU UBEZPIECZENIOWEGO LUB WSZELKIE CHOROBY, KTÓRE BYŁY DO PRZEWIDZENIA W MOMENCIE SKŁADANIA WNIOSKU, chyba że taka Choroba została nam zgłoszona w oświadczeniu i zaakceptowana przez nas na piśmie przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
- Nie poinformowanie nas na piśmie o danej Chorobie może każdorazowo skutkować odmową zaspokojenia Roszczenia lub wypowiedzeniem ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości należy daną Chorobę zgłosić. Należy się upewnić, że wszelkie rozpoznane lub podejrzewane Choroby lub objawy dotyczące zgłaszanych osób wymienionych w niniejszym formularzu Wniosku zostały w pełni ujawnione. Dotyczy to również przypadków, których nie konsultowano jeszcze ze specjalistą.

6.1. OŚWIADCZENIE: BUDOWA CIAŁA I NAWYKI

Odpowiadając na poniższe pytania należy pamiętać, że odnoszą się one do każdej ze zgłaszanych osób wymienionych w niniejszym formularzu Wniosku. Proszę udzielić odpowiedzi na każde pytanie wyraźne zaznaczając (✓) jedną z kratek TAK/NIE i podając szczegółowe informacje tam, gdzie jest to wymagane, jeśli zaznaczono odpowiedź TAK.

6.1a. Proszę podać aktualny wzrost i wagę. Czy którakolwiek z osób straciła 5 kg w ciągu ostatnich 6 (sześciu) miesięcy?

IMIONA I NAZWISKA ZGŁASZANYCH OSÓB	TAK	NIE	WAGA (KG)	WZROST (CM)	JEŚLI TAK, PROSZĘ PODAC PRZYCZYNE UTRATY WAGI W CIĄGU OSTATNICH 6 (SZEŚCIU) MIESIĘCY	DIAGNOZA/LECZENIE		NAZWISKO LEKARZA/NAZWA PORADNI/SZPITALA
						DATA (MM/RRRR)	SZCZEGÓŁY	

6.1b. Czy palił(a) lub używał(a) Pan(i) wyrobów tytoniowych lub bezdymnych wyrobów tytoniowych (tj. m.in. papierosy, cygara, fajka, tytoń do żucia)?

IMIONA I NAZWISKA ZGŁASZANYCH OSÓB	TAK	NIE	ŚREDNIE DZIENNE SPOŻYCIE (SZTUK/DZIEŃ)	LICZBA LAT	DATA ZAPRZESTANIA PALENIA/UZYWANIA WYROBÓW TYTONIOWYCH		POWÓD ZAPRZESTANIA PALENIA/UZYWANIA WYROBÓW TYTONIOWYCH
					DATA (MM/RRRR)	SZCZEGÓŁY	

6.1c. Czy kiedykolwiek przyjmował(a) Pan(i) leki powodujące uzależnienie albo zażywał(a) Pan(i) narkotyki, czy też był(a) Pan(i) leczony(a) lub zasięgał(a) Pan(i) konsultacji u specjalisty do spraw uzależnień z powodu problemów z lekami, narkotykami lub alkoholem?

IMIONA I NAZWISKA ZGŁASZANYCH OSÓB	TAK	NIE	PIERWSZE OBJAWY DATA (RRRR/MM)	OSTATNIE OBJAWY DATA (RRRR/MM)	STOPIEŃ WYZDROWIENIA	DIAGNOZA/LECZENIE		IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA/NAZWA PORADNI/SZPITALA
						DATA (MM/RRRR)	SZCZEGÓŁY	

6.2. OŚWIADCZENIE: INFORMACJE O STANIE ZDROWIA – NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ NA WSZYSTKIE PYTANIA

Czy którekolwiek z niżej wymienionych (zdiagnozowanych lub nie) kiedykolwiek wystąpiło lub aktualnie występuje u którejkolwiek z osób, czy też którakolwiek z osób była kiedykolwiek albo jest obecnie konsultowana medycznie lub leczona pod kątem któregoś z niżej wymienionych? Jeżeli na którekolwiek z pytań od 6.2a. do 6.2m. w tej części formularza udzielono odpowiedzi twierdzącej („Tak”), NALEŻY PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 6.3. i podać szczegóły.	GŁÓWNY WNIOSKODAWCA		PIERWSZY CZŁONEK RODZINY		DRUGI CZŁONEK RODZINY		TRZECI CZŁONEK RODZINY		CZWARTY CZŁONEK RODZINY	
6.2a. Ból w klatce piersiowej, wysokie ciśnienie krwi, zawał serca, szmery serca, kołatanie serca, udar, wysoki cholesterol, choroby wrodzone, anemia, lub inne choroby serca/krw/naczyniowe?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2b. Nowotwór (w tym czerniak), guzek/polip/torbiel/narośl jakiegokolwiek rodzaju lub potencjalna diagnoza w kierunku nowotworu?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2c. Cukrzyca, choroby tarczycy, choroby metaboliczne lub choroby endokrynologiczne?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2d. Zapalenie wątroby typu B, zapalenie wątroby typu C (w tym wszelkie inne zapalenia wątroby oraz nosicielstwo wirusa zapalenia wątroby), zakażenie wirusem HIV/AIDS, choroby wątroby, choroby pęcherzyka żółciowego lub wszelkie inne choroby przewodu pokarmowego (w tym wrzody żołądka/dwunastnicy, wrzodziejące zapalenie jelita grubego)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2e. Problemy z nerkami lub pęcherzem, nawracające zakażenia układu moczowego, nietrzymanie moczu, choroby nerek, kamienie, zapalenie nerek lub choroby układu moczowo-płciowego (w tym pęcherza, prostaty), choroby piersi lub choroby narządów rozrodczych (w tym jajników, macicy i szyjki macicy, mięśniak macicy, endometrioza, obfite lub nieregularne miesiączkowanie), choroby jąder?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2f. Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (w tym choroby stawów/kości, zapalenie stawów, choroby kręgosłupa, ból kręgosłupa, bóle karku i szyi, problemy z chrząstkami i więzadłami, złamania, osteoporoza, podagra lub inne stany zapalne) lub choroby autoimmunologiczne (w tym toczeń)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2g. Choroby oczu/uszu/nosa/gardła lub wszelkie choroby układu oddechowego (w tym astma, zapalenie płuc, gruźlica, rozedma płuc, przewlekła obturacyjna choroba płuc, COVID-19)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2h. Padaczka, urazy głowy/mózgu, paraliż, uzależnienie od alkoholu/narkotyków, choroby psychiczne (w tym depresja lub zaburzenia lękowe) lub wszelkie inne choroby neurologiczne?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2i. Stomatologia – np. specjalistyczne zabiegi stomatologiczne, zabiegi z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej (będące w toku albo planowane w przyszłości)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2j. Czy w ciągu ostatnich 5 lat którakolwiek z osób była leczona lub przepisano jej lekarstwa na jakąkolwiek Chorobę, która trwała dłużej niż 7 dni (inną niż łagodne stany chorobowe takie jak przeziębienie czy grypa)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2k. Czy w ciągu ostatnich 5 lat którakolwiek ze zgłaszanych osób dostała od dyplomowanego Lekarza skierowanie do szpitala, poradni lub gabinetu dyplomowanego Lekarza albo planuje skorzystać, korzystała w ciągu ostatnich 5 lat lub aktualnie korzysta z konsultacji w jakimkolwiek szpitalu, poradni lub gabinecie dyplomowanego Lekarza:										
6.2k.I. w celu przeprowadzenia badań diagnostycznych, takich jak badanie RTG, USG, badanie krwi, badanie tomograficzne, biopsja, badanie EKG, badanie moczu lub inne badania diagnostyczne, itd. (z powodu innego niż rutynowe badania dla pracowników z wynikami w normie)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2k.II. z powodu Choroby, operacji, objawów przedmiotowych i podmiotowych, fizycznej niepełnosprawności, urazu lub w celu uzyskania innej porady medycznej lub leczenia innego niż to sprecyzowane we wcześniejszych pytaniach?										

6.2l. Czy Pan(i) lub którakolwiek ze zgłaszanych osób oczekuje na wyniki testów lub badań w kierunku niezdiagnozowanej choroby lub ma objawy, co do których nie postawiono jeszcze diagnozy? Jeśli tak, proszę podać szczegóły.	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2m. Ciąża Czy Pani lub którakolwiek ze zgłaszanych osób:										
6.2m.I. jest w ciąży (proszę podać miesiąc zawansowania)?	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE
6.2m.II. jest w trakcie lub przechodziła jakąkolwiek formę leczenia niepłodności?										
6.2m.III. doświadczyła lub doświadcza trudności związanych z poczęciem, powikłań związanych z ciążą lub cesarskim cięciem?										

6.3.

NINIEJSZĄ CZĘŚĆ NALEŻY WYPEŁNIĆ, JEŻELI WYBRANO ODPOWIEŹ „TAK” NA KTÓREKOLWIEK Z PYTAŃ OD 6.2A. DO 6.2I. ORAZ OD 6.2J. DO 6.2M. W CZĘŚCI 6.2. NALEŻY UJAWNIC WSZELKIE CHOROBY (LUB NIEZDIAGNOZOWANE OBJAWY), KTÓRYCH DOTYCZĄ PONIŻSZE ODPOWIEDZI.

NALEŻY UJAWNIC WSZYSTKIE CHOROBY KIEDYKOLWIEK PRZEBYTE PRZEZ PANA/PANIĄ LUB ZGŁASZANEGO CZŁONKA RODZINY I MOGĄCE WPŁYNAĆ NA STAN ZDROWIA DANEJ OSOBY W PRZYSZŁOŚCI. W RAZIE WĄTPLIWOŚCI CO DO TEGO, CZY DANA CHOROBA MA ZNACZENIE DLA WNIOSKU, NALEŻY JĄ ZGŁOSIĆ W DOBREJ WIERZE.

MAMY PRAWO ZAŻĄDAĆ DOSTARCZENIA NAM ZAŚWIADCZENIA OD LEKARZA NA PANA(I) KOSZT. (JEŻELI POTRZEBUJE PAN(I) WIĘCEJ MIEJSCA NA SPORZĄDZENIE OŚWIADCZENIA, PROSZĘ PRZEJŚĆ DO CZĘŚCI 6.4. – INFORMACJE DODATKOWE).

PYTANIE NR: IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

CHARAKTER CHOROBY I OSTATECZNA DIAGNOZA:

KIEDY WYSTĄPIŁA? (MM/RRRR) KIEDY USTĄPIŁA? (MM/RRRR) LICZBA EPIZODÓW CHOROBY MIĘDZY DATĄ WYSTĄPIENIA I DATĄ USTĄPIENIA:

ZASTOSOWANE LECZENIE: NAZWA SZPITALA ORAZ IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO:

OBECNY STAN ZDROWIA W TYM WZGLĘDZIE:

PYTANIE NR: IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

CHARAKTER CHOROBY I OSTATECZNA DIAGNOZA:

KIEDY WYSTĄPIŁA? (MM/RRRR) KIEDY USTĄPIŁA? (MM/RRRR) LICZBA EPIZODÓW CHOROBY MIĘDZY DATĄ WYSTĄPIENIA I DATĄ USTĄPIENIA:

ZASTOSOWANE LECZENIE: NAZWA SZPITALA ORAZ IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO:

OBECNY STAN ZDROWIA W TYM WZGLĘDZIE:

PYTANIE NR: IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

CHARAKTER CHOROBY I OSTATECZNA DIAGNOZA:

KIEDY WYSTĄPIŁA? (MM/RRRR)

KIEDY USTĄPIŁA? (MM/RRRR)

LICZBA EPIZODÓW CHOROBY MIĘDZY DATĄ WYSTĄPIENIA I DATĄ USTĄPIENIA:

ZASTOSOWANE LECZENIE:

NAZWA SZPITALA ORAZ IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO:

OBECNY STAN ZDROWIA W TYM WZGLĘDZIE:

PYTANIE NR: IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

CHARAKTER CHOROBY I OSTATECZNA DIAGNOZA:

KIEDY WYSTĄPIŁA? (MM/RRRR)

KIEDY USTĄPIŁA? (MM/RRRR)

LICZBA EPIZODÓW CHOROBY MIĘDZY DATĄ WYSTĄPIENIA I DATĄ USTĄPIENIA:

ZASTOSOWANE LECZENIE:

NAZWA SZPITALA ORAZ IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO:

OBECNY STAN ZDROWIA W TYM WZGLĘDZIE:

PYTANIE NR: IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

CHARAKTER CHOROBY I OSTATECZNA DIAGNOZA:

KIEDY WYSTĄPIŁA? (MM/RRRR)

KIEDY USTĄPIŁA? (MM/RRRR)

LICZBA EPIZODÓW CHOROBY MIĘDZY DATĄ WYSTĄPIENIA I DATĄ USTĄPIENIA:

ZASTOSOWANE LECZENIE:

NAZWA SZPITALA ORAZ IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA PROWADZĄCEGO:

OBECNY STAN ZDROWIA W TYM WZGLĘDZIE:

Proszę podać imię i nazwisko oraz adres dyplomowanego Lekarza (w odniesieniu do własnej osoby, a także zgłaszanych osób).

IMIĘ I NAZWISKO ZGŁASZANYCH OSÓB

IMIĘ I NAZWISKO ORAZ SPECJALIZACJA
DYPLOMOWANEGO LEKARZA

ADRES DYPLOMOWANEGO LEKARZA

6.4. INFORMACJE DODATKOWE

Proszę skorzystać z tej części formularza, jeżeli potrzebuje Pan(i) więcej miejsca, by odpowiedzieć na pytania. Jeżeli nie potrzebuje Pan(i) więcej miejsca, prosimy teraz PRZEJŚĆ DO Części 7. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych i części 8. Oświadczenie i podpis.
Przy każdej odpowiedzi prosimy podać:

- Numer pytania,
- Imię i nazwisko uczestnika Programu

7. ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Państwa Wniosek i przystąpienie do Polisy odbywa się za pośrednictwem spółki MediSky International Sp. z o.o., ubezpieczonej przez Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce i objętej reasekuracją przez AXA PPP Healthcare Limited. Niektóre aspekty obsługi administracyjnej Państwa Polisy pozostają w gestii AXA Global Healthcare (UK) Limited i/lub AXA Global Healthcare (Singapore) Pte. Limited, łącznie AXA Global Healthcare. Polityka prywatności AXA – Global Healthcare znajduje się na stronie: <https://www.axaglobalhealthcare.com/globalassets/shared/documents/agh-privacy-policy.pdf>.

To bardzo ważne, by każda osoba objęta Polisą zapoznała się z niniejszymi informacjami i pełną wersją polityki prywatności zamieszczoną na naszej stronie internetowej. Pragniemy Państwa zapewnić, że w żadnym wypadku i pod żadnym pozorem Państwa dane osobowe nie zostaną przez nas sprzedane osobom trzecim. Powierzone nam dane będziemy wykorzystywać jedynie w sposób prawnie dozwolony, co obejmuje pobieranie wyłącznie potrzebnych nam informacji. Tam, gdzie jest to niezbędne będziemy prosić Państwa o zgodę na przetwarzanie danych, w tym danych dotyczących stanu zdrowia.

Dane dotyczące Państwa i członków rodziny objętych Planem ubezpieczeniowym zbieramy od Państwa i wspomnianych członków rodziny, a także od placówek opieki zdrowotnej, pracodawcy (w przypadku Planu dla firm), brokera ubezpieczeniowego (o ile Państwo takowego posiadają) oraz od podmiotów strony trzeciej.

Państwa dane osobowe są przez nas przetwarzane głównie w celu obsługi Państwa uczestnictwa w Planie i realizacji Roszczeń, w tym również dochodzeń na wypadek oszustwa. Poza tym, mamy prawnie usankcjonowany obowiązek zgłaszania organom ścigania podejrzenia o popełnieniu przestępstwa. Przetwarzamy dane również dlatego, że pomaga nam to w rozwoju działalności, np. prowadząc badania, lepiej poznając bazę klientów i sporządzając analizy statystyczne potrzebne w celach marketingowych i przy ustalaniu wysokości składek.

Państwa dane mogą być przekazywane innym osobom lub podmiotom. Przekazujemy je na przykład po to, aby:

- Obsługiwać Państwa Roszczenia, np. w kontakcie z Państwa Lekarzami;
- Usprawnić realizację świadczeń lub obsługę Państwa Polisy; oraz
- Przyczynić się do zapobiegania i wykrywania przestępstw i błędów w sztuce lekarskiej poprzez dialog z innymi ubezpieczycielami i powołanymi do tego organami; oraz
- Umożliwić kontakt z Państwem innym oddziałom AXA, o ile wyrazili Państwo na to zgodę.

W związku z obsługą Państwa Polisy możemy przekazywać Państwa dane i uzyskiwać do nich dostęp z każdego kraju na świecie, włącznie z Indiami i Stanami Zjednoczonymi, gdzie częściowo realizowana jest obsługa, oraz Szwajcarią, w której znajduje się europejskie centrum danych AXA. Przed podjęciem tych działań upewnimy się, że Państwa dane są zabezpieczone i przekazywane jedynie upoważnionym do tego podmiotom wyłącznie w celach związanych z obsługą Państwa Polisy lub Roszczenia. Wszelkie wewnętrzne procesy transferu danych odbywają się zgodnie z obowiązującymi przepisami o ochronie danych osobowych. Zawsze gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się na podstawie zgody mają Państwo prawo ją wycofać, ale może to negatywnie wpłynąć na realizację Roszczeń i obsługę Polisy.

Gdyby doszło do naruszenia ochrony danych osobowych i ujawnienia Państwa danych osobowych lub informacji o stanie zdrowia osobom nieuprawnionym, zostaną Państwo o tym przez nas powiadomieni w ciągu 72 godzin od stwierdzenia incydentu. W niektórych okolicznościach mogą Państwo od nas zażądać zaprzestania przetwarzania Państwa danych osobowych lub poinformować nas o tym, że nie chcą Państwo otrzymywać od nas określonych wiadomości, np. komunikatów z informacjami handlowymi. Mogą Państwo również uzyskać kopię przetwarzanych przez nas i dotyczących Państwa danych osobowych i zażądać ich poprawienia.

Aby skorzystać z przysługujących Państwu uprawnień wystarczy **zadzwonić do nas** na numer telefonu **(+48) 22 826 11 46** lub przesłać nam pismo w sprawie.

8. OŚWIADCZENIE I PODPIS

a. Oświadczam, że:

- Informacje podane w niniejszym formularzu Wniosku są kompletne, prawdziwe i poprawne, zgodnie z moją najlepszą wiedzą i przekonaniem;
- Zapoznam się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia oraz Umową niezwłocznie po ich otrzymaniu i zobowiązuje się ich przestrzegać, chyba że wycofam swoje zgłoszenie w ciągu 14 dni od daty zatwierdzenia mojego Wniosku.

b. Zgadzam się, by zatwierdzenie mojego Wniosku nastąpiło na podstawie tych oświadczeń.

c. Jest mi wiadomo, że jeżeli informacje podane Państwu przed datą wejścia Polisy w życie ulegną zmianie, mam obowiązek Państwa o tym niezwłocznie poinformować.

d. Jest mi wiadomo, że z chwilą wejścia Polisy w życie nie płacę Państwo za Leczenie jakiegokolwiek Choroby (lub powiązanego stanu chorobowego) zaistniałej u uczestnika(-ów) przed przystąpieniem do ubezpieczenia, chyba że pełna informacja na ten temat została ujawniona w niniejszym Wniosku i została przez Państwa zaakceptowana. Dotyczy to wszelkich Chorób, stanów chorobowych lub objawów, leczonych lub nie, a także wszelkich wcześniejszych Chorób lub stanów chorobowych o nawracającym charakterze, lub takich, o których powinienem/powinnam wiedzieć nawet bez skorzystania z porady lekarza.

e. Jest mi wiadomo, że jako prawny posiadacz niniejszej Polisy ubezpieczeniowej będę otrzymywał wszelką korespondencję związaną z niniejszym Wnioskiem, w tym korespondencję dotyczącą Roszczeń, chyba że zadecyduję inaczej w skierowanym do Państwa piśmie. Rozumiem również, że dokumentacja związana z Polisą, pisemne powiadomienia i szczegóły dotyczące uczestnictwa będą sporządzane po polsku, chyba że w porozumieniu z Państwem podejmę inną decyzję na piśmie.

- f. Jest mi wiadomo, że pewne kraje wymagają od swoich rezydentów (będących ekspatriantami lub innych) wykupienia ubezpieczenia zdrowotnego u lokalnego dostawcy lub posiadania ubezpieczenia spełniającego określone wymogi, których nie spełnia Polisa oferowana przez Państwa, w związku z czym może być konieczna dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa. Jest mi również wiadomo, że w niektórych sytuacjach może to rodzić konsekwencje w postaci kar podatkowych lub innych w przypadku, gdy rezydent nie posiada oprócz międzynarodowego ubezpieczenia zdrowotnego lokalnie wymaganej ochrony ubezpieczeniowej. W razie jakichkolwiek wątpliwości co do wymogów dodatkowej ochrony ubezpieczeniowej w moim głównym kraju zamieszkania (jak podano w p. 1. dotyczącym Głównego Ubezpieczającego) rozumiem, że spoczywa na mnie obowiązek zasięgnięcia informacji u przedstawicieli władz lokalnych co do ewentualnych dodatkowych wymogów dotyczących opieki zdrowotnej.
- g. Składając swój podpis i zwracając niniejszy formularz Wniosku potwierdzam, że oświadczenia w nim zawarte są zgodne z prawdą i że mam prawo zawrzeć niniejszą Polisę w imieniu każdego z członków mojej rodziny.

Uwaga: Zaleca się prowadzić ewidencję całej dokumentacji związanej z niniejszym Wnioskiem, włącznie z wysłanymi do nas w tej sprawie pismami. Jeżeli życzy Pan(i) sobie otrzymać kopię niniejszego Wniosku, należy nas o tym powiadomić w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni. Po wypełnieniu niniejszego formularza Wniosku i podpisaniu oświadczenia w p. 8. prosimy o przesłanie go na adres: customer-care@medisky.pl. Oświadczenie zachowuje ważność przez okres 30 (trzydziestu) dni od daty złożenia podpisu. **Zobowiązuję się powiadomić Państwa o wszelkich zmianach dotyczących stanu zdrowia i/lub wizyt lekarskich i/lub istotnych faktów dotyczących każdej ze zgłaszanych osób, zaistniałych po podpisaniu niniejszego formularza Wniosku, ale przed wystawieniem Polisy.**

Przyjmuję do wiadomości oraz potwierdzam iż:

- otrzymałem Ogólne Warunki Ubezpieczenia,
- miałem możliwość zapoznania się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, zadać pytania i prosić o wyjaśnienia (na które Ubezpieczyciel odpowiedział w sposób satysfakcjonujący),
- rozumiem Ogólne Warunki Ubezpieczenia,
- zgadzam się z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.

DATA

IMIĘ I NAZWISKO GŁÓWNEGO WNIOSKODAWCY/ UBEZPIECZAJĄCEGO:

PODPIS GŁÓWNEGO WNIOSKODAWCY/UBEZPIECZAJĄCEGO