

# DEKLARACJA:

- przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego  
 odstąpienia od Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego  
 zmiany programu w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego

Dotyczy programu:



W wariantcie:  pojedynczym  partnerskim  rodzinnym

## Dane Ubezpieczonego Głównego

**Nazwisko i imię:**  
PESEL\*\*\*: data urodzenia:  
obywatelstwo: płeć:  
numer karty Medicover (jeśli już istnieje):  
**Adres zamieszkania:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Adres korespondencyjny:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Dane kontaktowe:**  
telefon dom.: telefon kom.:  
e-mail:

## Dane członków rodziny Ubezpieczonego Głównego\*

Stopień pokrewieństwa: partner/ka, dziecko, rodzic.

### 1.

**Nazwisko i imię:**  
PESEL\*\*,\*\*\*: data urodzenia:  
obywatelstwo: płeć:  
numer karty Medicover (jeśli już istnieje):  
**Adres zamieszkania:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Adres korespondencyjny:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Dane kontaktowe:**  
telefon dom.: telefon kom.:  
e-mail:  
Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym\*\*\*\*:

### 2.

**Nazwisko i imię:**  
PESEL\*\*,\*\*\*: data urodzenia:  
obywatelstwo: płeć:  
numer karty Medicover (jeśli już istnieje):  
**Adres zamieszkania:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Adres korespondencyjny:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Dane kontaktowe:**  
telefon dom.: telefon kom.:  
e-mail:  
Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym\*\*\*\*:

### 3.

**Nazwisko i imię:**  
PESEL\*\*,\*\*\*: data urodzenia:  
obywatelstwo: płeć:  
numer karty Medicover (jeśli już istnieje):  
**Adres zamieszkania:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Adres korespondencyjny:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Dane kontaktowe:**  
telefon dom.: telefon kom.:  
e-mail:  
Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym\*\*\*\*:

### 4.

**Nazwisko i imię:**  
PESEL\*\*,\*\*\*: data urodzenia:  
obywatelstwo: płeć:  
numer karty Medicover (jeśli już istnieje):  
**Adres zamieszkania:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Adres korespondencyjny:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Dane kontaktowe:**  
telefon dom.: telefon kom.:  
e-mail:  
Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym\*\*\*\*:

### 5.

**Nazwisko i imię:**  
PESEL\*\*,\*\*\*: data urodzenia:  
obywatelstwo: płeć:  
numer karty Medicover (jeśli już istnieje):  
**Adres zamieszkania:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Adres korespondencyjny:**  
miasto: kod pocztowy:  
ulica: nr domu/mieszkania:  
**Dane kontaktowe:**  
telefon dom.: telefon kom.:  
e-mail:  
Stopień pokrewieństwa z Głównym Ubezpieczonym\*\*\*\*:

\* – o ile dotyczy. \*\* – w przypadku dziecka nie posiadającego nr PESEL, wpisać PESEL matki.  
\*\*\* – w przypadku obcokrajowca nie posiadającego nr PESEL, wpisać nr paszportu.  
\*\*\*\* – opieką medyczną 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 określonego w OWU roku życia.

Przystępując do Umowy Ubezpieczenia wyrażam zgodę na:  
z Przetwarzanie moich danych osobowych (danych osobowych mojego dziecka), 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](http://www.medicover.pl), placówkom współpracującym wymienionym na stronie [www.medicover.pl](http://www.medicover.pl) w celu objęcia opieką medyczną.  
z Objęcie Ubezpieczeniem na warunkach przedstawionych Ubezpieczającemu przez Medicover Försäkrings.  
z Reprezentowanie mnie przez Ubezpieczającego, w tym do składanie 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.  
z 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 leczę/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 pytać lekarzy, podmioty lecznicze w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy.

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. Zobowiązuje się informować Medicover Försäkrings AB o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych, jeżeli wystąpią one przed lub po zawarciu Umowy.

Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia zostały mi doręczone oraz zapoznałem(am) się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia.

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia są dostępne u Pracodawcy oraz na stronie <https://www.medicover.pl/pakiety-medyczne-dla-firm/dokumenty-do-pobrania/>

W przypadku zakresów zawierających ubezpieczenie Colonnade oświadczam, że zapoznałem(am) się ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia, zakresem ochrony oraz wysokością sumy ubezpieczenia i składki. Zakres usług odpowiada moim potrzebom.

## Dane i podpis Ubezpieczonego Głównego:

## Dane i podpisy Ubezpieczonych: (ich rodziców lub opiekunów)

- 
- 
- 
- 
-

## Ogólny wzór klauzuli informacyjnej

Informacje podstawowe dotyczące przetwarzania danych osobowych.	
<b>Administrator danych</b>	Medicover Försäkrings AB (publ) S.A. – reprezentowane przez Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa.
<b>Cele przetwarzania</b>	Objęcie umową ubezpieczenia medycznego, marketing bezpośredni usług własnych administratora danych (w tym profilowanie), rozliczenia finansowe i windykacja, obsługa reklamacyjna, archiwizacja i statystyka.
<b>Podstawy prawne przetwarzania</b>	Obowiązek prawny / umowa ubezpieczenia medycznego / Twoja zgoda / nasz uzasadniony interes.
<b>Odbiorcy danych</b>	Inne zakłady ubezpieczeń, podmioty przetwarzające dane osobowe w imieniu administratora danych m.in. dostawcom usług IT, podmioty uprawnione przepisami prawa, przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencje marketingowe, agencji ubezpieczeniowi – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z polecenia administratora, podmioty upoważnione przez Ciebie.
<b>Źródła danych i uzyskiwane dane</b>	Podmiot, który zawarł umowę ubezpieczenia medycznego (dotyczy osób, dla których świadczone są usługi w ramach kontraktów grupowych), osoba fizyczna, która zawarła wniosek i zawarcie indywidualnego ubezpieczenia zdrowotnego.
<b>Prawa związane z przetwarzaniem danych</b>	Prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych, prawo do sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację, prawo do przenoszenia danych, prawo dostępu do danych, inne prawa, o których mowa w szczególowej informacji o przetwarzaniu danych.

Szczegółowe informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Medicover Försäkrings AB (publ) S.A. – reprezentowane przez Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa.

### 1. Administrator danych osobowych

Administratorem Twoich danych osobowych będzie Medicover Försäkrings AB (publ) S.A. – reprezentowane przez Oddział w Polsce, Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa (dalej: my). Możesz się z nami skontaktować w następujący sposób:

- z listownie na adres: Dział Obsługi Klienta, Medicover Försäkrings AB Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa
- z przez e-mail: dok@medicover.pl
- z telefonicznie: 500 900 500

### 2. Inspektor ochrony danych

Wyzaczyliśmy inspektora ochrony danych. Jest to osoba, z którą możesz się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

Z inspektorem możesz się kontaktować w następujący sposób:

- z listownie na adres: Al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa
- z przez e-mail: IOD\_INS@medicover.pl

### 3. Cele przetwarzania Twoich danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania

Będziemy przetwarzać Twoje dane osobowe, aby:

- z zawrzeć i wykonać umowę ubezpieczenia opieki medycznej w tym dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania danych do zawarcia i wykonywania umowy oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- z ocenić ryzyko ubezpieczeniowe w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy – podstawą prawną przetwarzania jest obowiązek prawny ciążyący na administratorze oraz zgoda na przetwarzanie danych o stanie zdrowia,
- z przekazać Ci materiały marketingowe produktów i usług własnych administratora, w tym przeprowadzić analizę i profilowanie – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest prowadzenie marketingu bezpośredniego swoich usług,
- z realizować dochodzenie roszczeń związanych z zawartą umową ubezpieczenia medycznego – podstawą prawną przetwarzania danych jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń.

### 4. Informacje dotyczące profilowania

Na podstawie Twoich danych osobowych dokonujemy profilowania, czyli automatycznej oceny niektórych czynników osobowych dotyczących Ciebie.

Dokonyjemy profilowania, aby odpowiednio dobrać materiały komunikacyjne i promujące działalność administratora danych. Na podstawie Twojego profilu będziemy dobierać odpowiednie treści materiałów informacyjnych i promocyjnych. Do profilowania wykorzystujemy następujące dane: id klienta, imię, nazwisko, wiek, płeć, język, data urodzenia, miejscowość, rodzaj wykupionego produktu, źródło pozyskania danych. Ponadto przy profilowaniu bierzemy pod uwagę dane statystyczne dotyczące zachowania na stronach www oraz preferencje wyrażone w serwisach i aplikacjach Medicover Polska.

### 5. Okres przechowywania Twoich danych osobowych

Dane, które przetwarzamy na podstawie umowy opieki medycznej w celu świadczenia usług medycznych, będziemy przechowywać przez czas określony przez umowę opieki medycznej, przepisy prawa, a w prawnie uzasadnionych interesach administratora danych (marketing w tym profilowanie) do czasu wniesienia sprzeciwu.

### 6. Odbiorcy Twoich danych osobowych

Będziemy przekazywać Twoje dane osobowe:

- z podmiotom przetwarzającym dane w imieniu i na zlecenie administratora danych, m.in. dostawcom usług IT, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym, czy też agentom ubezpieczeniowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora,
- z podmiotom uprawnionym przepisami prawa,
- z podmiotom upoważnionym przez Ciebie.

### 7. Twoje prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych

Przysługują Ci następujące prawa związane z przetwarzaniem danych osobowych:

- a) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych w celach marketingowych – jako że przetwarzamy Twoje dane w celach marketingowych na podstawie prawnie uzasadnionego interesu,
- b) prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych ze względu na szczególną sytuację – w przypadkach, kiedy przetwarzamy Twoje dane na podstawie naszego prawnie uzasadnionego interesu,
- c) prawo dostępu do Twoich danych osobowych,
- d) prawo żądania sprostowania Twoich danych osobowych,
- e) prawo żądania usunięcia Twoich danych osobowych, tylko w sytuacji jeśli nie będziemy zobligowani przepisami prawa do ich przetwarzania,
- f) prawo żądania ograniczenia przetwarzania Twoich danych osobowych,
- g) prawo do przenoszenia Twoich danych osobowych, tj. prawo otrzymania od nas Twoich danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie informatycznym nadającym się do odczytu maszynowego. Możesz przesłać te dane innemu administratorowi danych lub zażądać, abyśmy przestali Twoje dane do innego administratora. Jednakże zrobimy to tylko jeśli takie przesłanie jest technicznie możliwe.

Aby skorzystać z powyższych praw, skontaktuj się z nami lub z naszym inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe w punktach 1 i 2 powyżej).

### Prawo wniesienia skargi do organu

Przysługuje Ci także prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

### 8. Obowiązek podania danych

Podanie danych osobowych w związku z zawieraną umową jest konieczne do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia oraz do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego – bez podania danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.