



## Oświadczenie

.....  
miejsowość, data

Pan/i.....  
Ul. ....nr .....m. ....  
kod .....miejsowość .....  
tel. ....  
e-mail: .....

Oświadczam iż wyrażam chęć przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego MEDICOVER Försäkrings AB (publ.) Spółka Akcyjna – Oddział w Polsce w zakresie podstawowym i wybieram:

**Wariant indywidualny** – 47,60 zł       **Wariant partnerski** – 95,20 zł       **Wariant rodzinny** – 152,32 zł

1. Oświadczam, że zostałem poinformowany, że odpowiedzialność Medicover z tytułu posiadanego ubezpieczenia rozpocznie się **od 1 dnia miesiąca, następującego po podpisaniu deklaracji przystąpienia, otrzymaniu jej przez PGA i opłaceniu składki ubezpieczeniowej przelewem na wskazany numer:**

**Przykład początku odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia:**

1. deklaracja podpisana 10 grudnia i wysłana – wpływ do 15 grudnia do PGA,
2. składka zapłacona (wpływ na konto PGA) 15 grudnia, początek odpowiedzialności Medicover - 1 stycznia

2. W przypadku niespełnienia przez Pracownika (Ubezpieczonego) powyższych warunków, Medicover ma prawo ustalić początek odpowiedzialności z terminem późniejszym (zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia).

3. Składki za posiadane ubezpieczenie należy wpłacać miesięcznie z góry do 15 dnia każdego poprzedzającego miesiąca (np. za styczeń do 15 grudnia). Brak regularnego opłacenia składek spowoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia w stosunku do Ubezpieczonego z końcem ostatniego dnia miesiąca, za który została opłacona ostatnia składka. **Zalecane jest założenie zlecenia stałego w swoim banku co zapewni regularność wpłat.**

4. Administratorem danych osobowych zawartych we wniosku ubezpieczeniowym jest oraz Medicover Försäkrings AB (publ.) Spółka Akcyjna – Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, przy al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych mogą Państwo kontaktować się z Inspektorem Ochrony Danych: IOD@medicover.pl lub pisemnie na adres Medicover Försäkrings AB (publ.) Spółka Akcyjna, IOD, al. Jerozolimskie 96, 00-807 Warszawa. Administrator może przetwarzać Państwa dane w celu:

- zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia,
- oceny ryzyka ubezpieczeniowego w sposób zautomatyzowany w ramach profilowania klientów przed zawarciem umowy,
- marketingu bezpośredniego produktów i usług własnych,
- dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami związanymi z zawartą przez Państwa umową ubezpieczenia,
- wypełniania obowiązków dotyczących przechowywania dowodów księgowych,
- podejmowania czynności w związku z przeciwdziałaniem wypłacaniu nienależnych świadczeń.

Państwa dane będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa. Państwa dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa lub podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora takim jak dostawcy usług IT czy agencji ubezpieczeniowej.

Informujemy, iż posiadają Państwo prawo dostępu do treści przekazanych danych osobowych, ich sprostowania oraz ich przenoszenia. Mają Państwo prawo żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. Medicover spełni Państwa żądanie, o ile nie będzie zobowiązany przetwarzać tych danych na podstawie innych przepisów prawa. Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż przetwarzanie przez Medicover danych osobowych narusza przepisy prawa.

5. Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody\* na przetwarzanie moich danych osobowych zamieszczonych w niniejszym formularzu przez **Polską Grupę Asekuracyjną Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy al. Jerozolimskie 200 lok.19, 02-486 Warszawa (dalej: PGA)**, która stanie się ich administratorem. W sprawie przetwarzania danych osobowych przez PGA należy kontaktować się poprzez adres email: biuro@pga.pl.

Celem przetwarzania będzie oferowanie produktów i usług (marketing usług), w tym dobierania ich pod kątem indywidualnych potrzeb (profilowania), będącego realizacją prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez PGA. Dane osobowe będą przetwarzane przez PGA na podstawie wyrażonej przez Państwa zgody (art. 6 ust. 1 lit. a) RODO). Informujemy, że zgoda na wykorzystanie danych osobowych do w/w celów jest dobrowolna, jednak brak podania danych spowoduje, że nie będziemy mogli przedstawić Państwu nowych ofert ubezpieczenia.

Mają Państwo prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie Państwa zgody przed jej wycofaniem.

Dane osobowe mogą zostać ujawnione współpracującym z PGA podmiotami świadczącymi usługi ubezpieczeniowe i usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz podwykonawcom PGA świadczącym usługi niezbędne do prowadzenia działalności przez PGA.

Dane osobowe przetwarzane będą przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia, uwzględniając okres w którym mogą ujawnić się roszczenia związane z jej realizacją lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

Informujemy, iż posiadają Państwo prawo dostępu do treści przekazanych danych osobowych, ich sprostowania oraz ich przenoszenia. Mają Państwo prawo żądania usunięcia, ograniczenia przetwarzania, wniesienia sprzeciwu na przetwarzanie danych osobowych w dowolnym momencie. PGA spełni Państwa żądanie, o ile nie będzie zobowiązany przetwarzać tych danych na podstawie innych przepisów prawa.

Posiadają Państwo prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w przypadku uznania, iż przetwarzanie przez PGA danych osobowych narusza przepisy prawa.

**Oświadczam, że zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia oraz powyższymi oświadczeniami.**

.....  
Data i podpis ubezpieczonego

Ostatnia składka potrącona za miesiąc.....Przystępuje do ubezpieczenia od.....

.....  
Data i podpis ubezpieczonego