**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA**

PZL-A/C……..

PZL-A/C…….

DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA (seria i numer):

# DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UMOWY UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO:

Ja niżej podpisany(a) wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Puls Zdrowia zatwierdzonych uchwałą nr 02/28/06/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 28.06.2023 roku.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko: |  | | |
|  | | | |
| Adres: |  | | |
|  | | | |
| PESEL: |  | Tel. |  |
|  | | | |
| Adres mail: |  | | |

**PULS ZDROWIA – zakres ubezpieczenia** (  właściwe zaznaczono X):

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wariant ubezpieczenia | ~~ALFA~~ | ~~BETA~~ | GAMMA | DELTA | ~~OMEGA~~ |
| Rodzaj ubezpieczenia | Suma ubezpieczenia (zł) | | | | |
| Opieka Zdrowotna | 100 000 | | | | |
| Dodatkowe ubezpieczenia: | Pakiet/Suma ubezpieczenia (zł) | | | | |
| Refundacja Kosztów | 50 000  brak  refundacja zgodnie z OWU  50% zwiększona refundacja | | | | |
| e-Wizyta Lekarska | Pakiet 1 / 5 000  Pakiet 2 / 5 000 | | | | |
| Refundacja Leków | 500 | | | | |
| Opieka Stomatologiczna | Pakiet 4 / 10 000  Pakiet 5 / 10 000  Pakiet 6 / 10 000 | | | | |
| Profilaktyka Zdrowotna | Pakiet 1 / 2 500  Pakiet 2 / 2 500  Pakiet 3 / 2 500 | | | | |
| Konsylium w Poważnej Chorobie | 20 000 | | | | |
| Assistance Medyczny | 5 000 | | | | |
| e-Rehabilitacja | 3 000 | | | | |
|  | Składka miesięczna (zł) | | | | |
| Ubezpieczenie pracownika |  |  |  | 279,00 |  |
| Ubezpieczenie partnerskie |  |  |  |  |  |
| Ubezpieczenie rodzinne |  |  |  |  |  |

Ubezpieczenie pracownika – ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczonego pracownika Ubezpieczającego

Ubezpieczenie partnerskie – ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczonego pracownika Ubezpieczającego i jego współmałżonka/partnera, lub pracownika Ubezpieczającego i jego dziecka; Ubezpieczenie rodzinne – ubezpieczenie zawierane na rzecz Ubezpieczonego pracownika Ubezpieczającego i jego współmałżonka/partnera oraz ich dzieci;

# OŚWIADCZENIE:

1. Oświadczam, że przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem(am) i zapoznałem(am) się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Puls Zdrowia zatwierdzonymi uchwałą nr 02/28/06/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 28.06.2023 r. ("Ogólne Warunki Ubezpieczenia"), informacją o której mowa w art. 17 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, informacją dotyczącą możliwości i procedury złożenia i rozpatrzenia skarg i reklamacji, organu właściwego do ich rozpatrzenia oraz pozasądowego rozpatrywania sporów.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z obowiązkiem informacyjnym administratora danych osobowych, przekazanym mi z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia Puls Zdrowia.
3. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej.

 **TAK**

# Zgoda jest niezbędna do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia

1. Wyrażam zgodę na udostępnianie – na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group – moich danych osobowych przetwarzanych przez inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojej śmierci

lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.

 **TAK**

# Zgoda jest niezbędna do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia

1. Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielą mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia.

 **TAK**

# Zgoda jest niezbędna do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia

1. Wyrażam zgodę na przekazywanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group moich danych osobowych oraz danych objętych tajemnicą ubezpieczeniową podmiotom, które świadczą oraz organizują usługi medyczne (lista podmiotów na stronie www.interrisk.pl) w zakresie niezbędnym do realizacji umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszego wniosku.
2. Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowo - marketingowych dotyczących produktów i usług InterRisk TU Vienna Insurance Group na:  adres e-mail

 sms

 telefon (w tym komunikaty głosowe IVR)

Wyrażam zgodę na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej poprzez potrącenia z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku chorobowego, macierzyńskiego bądź z wypłaty z innego tytułu.

podpis Ubezpieczonego miejscowość, data