



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO SALTUS

 NOWE PRZYSTĄPIENIE ZMIANA PODGRUPY

D D M M R R R R
Data wpływu do TUV SKOK

INFORMACJE O UBEZPIECZENIU GRUPOWYM

Ubezpieczający

Wariant ubezpieczenia zdrowotnego ☐ ŻÓŁTY ☐ ZIELONY ☒ NIEBIESKI ☐ CZERWONY ☐

Ubezpieczenia dodatkowe:

Koszty leczenia za granicą	<input type="checkbox"/>	mini	<input type="checkbox"/>	midi	<input type="checkbox"/>	maxi	Rehabilitacja	<input type="checkbox"/>	tak	<input type="checkbox"/>	nie
----------------------------	--------------------------	------	--------------------------	------	--------------------------	------	---------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

Następstwa nieszczęśliwych wypadków ☐ mini ☐ midi ☐ maxi Wizyty domowe ☐ tak ☐ nie

☒ OPCJA PRACOWNICZA

OPCJA RODZINNA

_____ 67 _____ z

Wysokość składki miesięcznej za każdego Ubezpieczonego
SZEŚCZDZIESIAT SIEDEM

Wysokość składki miesięcznej _____ zł

Słownie

Słownie

Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej: 01 07 2014

(ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się pierwszego dnia kolejnego miesiąca kalendarzowego, pod warunkiem złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i opłacenia za Ubezpieczonego składki nie później niż do 20 dnia miesiąca, poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej)

DANE UBEZPIECZONEGO GŁÓWNEGO (PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO)

(jeżeli Ubezpieczony Główny przystąpił już wcześniej do ubezpieczenia grupowego, wystarczy podać imię, nazwisko i Pesel)

Nazwisko KOWALSKI Imię JAN PESEL 77101840088

Adres zamieszkania: BEZOWA 17 / 18 GDĄŃSK 05-218

Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość Kod pocztowy

Adres korespondencyjny: BEZOWA 17 / 18 GDYŃSK 05218

Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość Kod pocztowy

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): ☒ telefon 600 573 289 ☐ sms _____ ☒ e-mail janek77@wp.pl

DANE UBEZPIECZONYCH DODATKOWYCH (MAŁŻONEK / DZIECI) (dane partnera możliwe są do zmiany raz w roku polisowym)

1. _____ Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x”): ☐ małżonek/partner ☐ dziecko

Adres zamieszkania:

_____ / _____
 Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość Kod pocztowy

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): ☐ telefon _____ ☐ sms _____ ☐ e-mail _____

2. _____ Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x”): ☐ małżonek/partner ☐ dziecko

Adres zamieszkania:

_____ / _____
 Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość Kod pocztowy

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): ☒ telefon _____ ☐ sms _____ ☐ e-mail _____

3. _____ Nazwisko _____ Imię _____ PESEL _____

Powiązanie z Ubezpieczonym Głównym (zaznaczyć „x”): ☐ małżonek/partner ☐ dziecko

Adres zamieszkania:

_____ / _____
 Ulica Nr domu/Nr mieszkania Miejscowość Kod pocztowy

Preferowana forma kontaktu (zaznaczyć „x”): ☐ telefon _____ ☐ sms _____ ☐ e-mail _____

TUW SKOK Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych

ul. Władysława IV 22, 81-743 Sopot; tel. 58 550 97 30, fax 58 550 97 31, e-mail: tuw@skokubezpieczenia.pl, www.skokubezpieczenia.pl, www.skokubezpieczenia24.pl

TUW SKOK zarejestrowane w Sądzie Rejonowym Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000117377, NIP: 118-01-30-637, REGON: 011132747

Zarząd TOW SKOK: Grzegorz Buczkowski, Krzysztof Kosznik, Katarzyna Bieranowska; kapitał zakładowy: 19 000 000,00 zł

PODPISY UBEZPIECZONYCH

Niniejszym wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego, zawartego przez Ubezpieczającego z TUW SKOK, na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS oraz właściwych Ogólnych Warunków Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia SALTUS, obowiązujących w dniu złożenia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, z których treścią zapoznałem(am) się i oświadczam, że są one dla mnie zrozumiałe i w pełni je akceptuję. Wszystkie informacje zawarte w niniejszej deklaracji i innych dokumentach wymaganych przez TUW SKOK są zgodne z prawdą i zostały przeze mnie podane w dobrej wierze w celu przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Potwierdzam, że zostały mi dostarczone na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie TUW SKOK, w celu ustalenia prawa do świadczenia z umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia oraz na udostępnianie działającej w imieniu TUW SKOK Asekuracji sp. z o.o. z siedzibą w Sopocie, w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, informacji dotyczących rodzaju, liczby oraz daty usług medycznych świadczonych przez lekarzy, placówki medyczne i zakłady opieki zdrowotnej na moją rzecz.

GDAŃSK 14.05.2014

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez podmioty systemu spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych, w tym Towarzystwo Ubezpieczeń Na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22, Asekurację Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22 oraz Ecco Holiday Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Poznaniu, ul. Wielka 18 dla celów analizy marketingowej oraz marketingu bezpośredniego ich produktów lub świadczonych usług, jak również przez podmioty świadczące usługi medyczne objęte zakresem ubezpieczenia zdrowotnego.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3

W przypadku rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o ubezpieczenie kosztów leczenia za granicą lub ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków, wyrażam ponadto zgodę na zasięganie przez TUW SKOK i podmioty działające w jego imieniu, w tym Asekuracja Sp. z o.o. – w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia – wszystkich informacji medycznych dotyczących mojego stanu zdrowia u każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub leczę albo zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych i zakładach opieki zdrowotnej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie TUW SKOK oraz podmiotom działającym w jego imieniu, w tym Asekuracja Sp. z o.o., przez podmioty wymienione w zdaniu 1 oraz inne zakłady ubezpieczeń, wszelkiej dokumentacji medycznej o stanie mojego zdrowia. Upoważniam TUW SKOK do zasięgania informacji z sądu, prokuratury oraz innych organów i instytucji, w tym również Narodowego Funduszu Zdrowia lub Ministerstwa Zdrowia, w zakresie ustalania placówek medycznych, w których leczę się lub leczyłem(am), w związku z wypadkiem lub zdarzeniem będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności TUW SKOK.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji handlowej środkami komunikacji elektronicznej (np. e-mail, telefon), zgodnie z ustawą z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz.U.02.144.1204), wysyłanych przez: Asekurację Spółkę z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22, Towarzystwo Ubezpieczeń Na Życie Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych Spółka Akcyjna z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22, Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Spółdzielczych Kas Oszczędnościowo-Kredytowych z siedzibą w Sopocie, ul. Władysława IV 22, inne podmioty systemu spółdzielczych kas oszczędnościowo-kredytowych.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego Głównego

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 1

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 2

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego dodatkowego 3

Na podstawie art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. nr 101, poz 926), informujemy, że TUW SKOK z siedzibą w Sopocie przy ul. Władysława IV 22 jest administratorem Pana/i danych osobowych, pobranych w oparciu o przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz wydane na tej podstawie akty wykonawcze, które będą przetwarzane w związku z zawieraniem i realizacją umów ubezpieczenia. Jednocześnie informujemy, iż służy Panu/i prawo wglądu do swoich danych osobowych i ich poprawiania.

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

Imię i nazwisko przedstawiciela Ubezpieczającego

Pieczęć i podpis

Imię i nazwisko przedstawiciela TUW SKOK

Kod pracownika

Pieczęć i podpis