

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU OPIEKI MEDYCZNEJ LUXMED

I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Potwierdzając fakt prowadzenia własnej działalności gospodarczej polegającej na świadczeniu usług przewozu taksówką, zarejestrowanej pod nazwą:

.....
oraz posiadając zawartą stosowną umowę o współpracy z iTaxi.pl S.A. o numerze....., jednocześnie deklaruję, że podane przeze mnie dalej dane są aktualne i prawdziwe:

<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Data urodzenia	_d__d__m__m__r__r__r__r__	Miejsce urodzenia	
Nazwisko			Imię	
Drugie imię			Imię ojca	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> Inne		PESEL	

Adres do korespondencji:

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kraj			
Kod pocztowy		Poczta			
Telefon kontaktowy		E-mail			

II. WYBÓR PAKIETU

Zapoznawszy się z ofertą opieki medycznej przygotowanej przez LuxMed potwierdzam wybór następującego pakietu opieki medycznej:

PAKIET ROZSZERZONY

Wykaz świadczeń zdrowotnych objętych wybranym Pakietem stanowi załącznik do niniejszej Deklaracji.

W ramach wybranego wyżej Pakietu, jednocześnie wskazuję, iż wybieram:

1. **WARIANT INDYWIDUALNY**
2. **WARIANT RODZINNY**
3. **WARIANT PARTNERSKI**

W przypadku wyboru Pakietu innego niż Pakiet Indywidualny wskazać należy dane Osób Uprawnionych (Załącznik nr 2).

III. CZAS TRWANIA UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa Ubezpieczonego obejmuje okres 12 miesięcy.
2. Ubezpieczający – iTaxi.pl S.A. uprawniony jest do wypowiedzenia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z 1-miesięcznym okresem wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego, w szczególności gdy:
 - a) łącząca go z Ubezpieczonym umowa o współpracy zostanie wypowiedziana lub rozwiązana;
 - b) łącząca go z LUX MED. Sp. z o.o. umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych dla firm zostanie wypowiedziana lub rozwiązana.

IV. SKŁADKI

1. Upoważniam ubezpieczającego iTaxi.pl S.A. do potrącania składek za ubezpieczenie w ramach wybranego przeze mnie Pakietu z należnych na moją rzecz wypłat z umowy o świadczenie usług.
2. Wyrażam zgodę na pobieranie składek z góry za miesiąc, w którym opieka medyczna będzie świadczona.
3. Przyjmuję do wiadomości, że wysokość składek zależna jest od rodzaju wybranego Pakietu, a nadto akceptuję uprawnienie Ubezpieczającego do zmiany wysokości składki (przyznania rabatu) w zależności od oceny jakości świadczonych przeze mnie usług w danym miesiącu. Aktualny cennik zawiera Załącznik nr 1.

V. OŚWIADCZENIA UBEZPIECZONEGO

Oświadczam, że:

1. Zostałam(em) poinformowana(y), że administratorem moich danych osobowych jest LUX MED Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (02-676), ul. Postępu 21C oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia.
2. Dla potrzeb oceny ryzyka i ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania LUX MED. Sp. z o.o. informacji, w tym do przekazania do LUX MED. Sp. z o.o. kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez LUX MED. Sp. z o.o. w wyżej wymienionych celach.
3. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

VI. ZGODA NA OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Ogólnymi Warunkami Udzielania Świadczeń Zdrowotnych (OWU) do Umowy o Udzielanie świadczeń zdrowotnych dla firm oraz wykazem świadczeń zdrowotnych w wybranym Pakiecie. Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na przedstawionych warunkach.

Data	Podpis ubezpieczonego