

Deklaracja przystąpienia

Deklaracja zmiany

Nr deklaracji:

Okres ochrony od:

**Grupowe Ubezpieczenie Zdrowotne TU Zdrowie S.A.
dla Członków Śląsko-Małopolskiego Stowarzyszenia Ubezpieczonych**

DANE PRACOWNIKA – LIDERA RODZINY					
Nazwisko	Imię	Płeć	Adres	PESEL	Telefon
Warianty		Podstawa dla zdrowia	Optimum dla zdrowia	Komplet dla zdrowia	Luksus dla zdrowia
Ubezpieczenie indywidualne		82 zł	113 zł	150 zł	166 zł
Ubezpieczenie rodzinne		223 zł	306 zł	406 zł	447 zł

*Proszę zakreślić składkę wybranego wariantu

Lp.	DANE CZŁONKÓW RODZINY PRZYSTĘPUJĄCYCH DO UBEZPIECZENIA					
	Nazwisko	Imię	Płeć	PESEL	Telefon	Powinowactwo
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

1. Oświadczam, iż dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą oraz zobowiązuje się informować Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

2. Oświadczam, że zostałem poinformowany, zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, że:

- a. Administratorem moich danych osobowych jest Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych z siedzibą w Pszczynie, ul. Rymarska 2,
- b. Mam prawo do wglądu do moich danych osobowych oraz prawo do ich poprawiania,
- c. Moje dane mogą być wykorzystywane w celu wywiązania się z umowy przez Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych i TU Zdrowie S.A. oraz późniejszej obsługi tej umowy i jej wykonania.

3. Niniejszym potwierdzam, że zapoznałem się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia o kodzie OWU/01/2013 przyjęte na mocy uchwały Zarządu UZ/07/2013 dnia 26.07.2013 i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach.

4. Zostałem poinformowany o zasadach rezygnacji z programu. (Nie opłacenie składek w terminie bądź złożenie pisemnej rezygnacji w biurach Stowarzyszenia lub listownie na adres: Śląsko-Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych, 43-200 Pszczyna, ul. Rymarska 2 skutkuje rezygnacją z programu ubezpieczeniowego).

.....
Data, miejsce, czytelny podpis