

Your International Healthcare Partner



International Private Health Insurance

WNIOSEK

PROGRAM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

WYBIERZ ODPOWIEDNI PROGRAM

YELLOW ○	SUNRISE ○	HONEY ○	MARIGOLD ○	SAFFRON ○
-------------	--------------	------------	---------------	--------------

SEKCJA A

TWOJE DANE OSOBOWE

Pan / Pani											
Imię											
Nazwisko											
Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok				
Miasto i kraj urodzenia											
Płeć	M		K								
KRAJ OJCZYSTY											
KRAJ ZAMIESZKANIA											
DANE ADRESOWE W POLSCE, RUMUNII, WĘGRZECH, BUŁGARII											
Adres do korespondencji											
Telefon domowy						Tel. kom.					
E-mail											
INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY											
Zawód						Nazwa firmy					
Telefon służbowy						Fax					
E-mail						Obywatelstwo					

SEKCJA B

OSOBY DO UBEZPIECZENIA Z TOBĄ/ OSOBY NA UTRZYMANIU

Pan / Pani												
Imię												
Nazwisko												
Data urodzenia	dzień				miesiąc				rok			
Płeć	M		K									
W stosunku do Ciebie												

Pan / Pani												
Imię												
Nazwisko												
Data urodzenia	dzień				miesiąc				rok			
Płeć	M		K									
W stosunku do Ciebie												

Pan / Pani												
Imię												
Nazwisko												
Data urodzenia	dzień				miesiąc				rok			
Płeć	M		K									
W stosunku do Ciebie												

Pan / Pani											
Imię											
Nazwisko											
Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok				
Płeć	M		K								
W stosunku do Ciebie											

Pan / Pani											
Imię											
Nazwisko											
Data urodzenia	dzień			miesiąc			rok				
Płeć	M		K								
W stosunku do Ciebie											

SEKCJA C

DANE PŁATNICZE

Waluta	EUR		
Płatność	Kwartalna <input type="radio"/>	Półroczna <input type="radio"/>	Roczna <input type="radio"/>
Dodatkowy obszar ochrony	Izrael <input type="radio"/>		

SEKCJA D

TWOJE OŚWIADCZENIE

Proszę przeczytać poniższe oświadczenie i złożyć podpis jeśli rozumiesz i akceptujesz jego treść.

- a) Niniejszym składam wniosek o objęcie mnie ubezpieczeniem MediSky Interantional Health Plan udzielanym przez MGEN.
- b) Oświadczam, że podane przez mnie informacje oraz odpowiedzi na powyższe pytania, dotyczące mojej osoby i każdego z członków mojej rodziny, są, zgodnie z moją najlepszą wiedzą, prawdziwe i rzetelne, oraz że nie oświadczyłem/łam ani nie pominąłem/łam niczego co mogłoby wprowadzić w błąd Ubezpieczyciela oraz że rozumiem że mogę być pociągnięty/ta do odpowiedzialności za składanie fałszywych lub niedokładnych oświadczeń lub pomijanie informacji.
- c) Potwierdzam że otrzymałem/łam, przeczytałem/łam i rozumiem w całości definicje, zakres świadczeń i wyłączeń oraz warunki niniejszej polisy.
- d) Akceptuję, że niniejsza polisa będzie podlegała ogólnym warunkom ubezpieczenia obowiązującym w momencie rozpoczęcia obowiązywania polisy.
- e) Przyjmuję do wiadomości, że MediHelp/MediSky zastrzega sobie prawo do wyłączenia mnie z Planu i zakończenia polisy w razie niewpłacenia przeze mnie jakiegokolwiek należnej kwoty we właściwym terminie.
- f) Upoważniam MediHelp/MediSky do działania za i w imieniu osób wskazanych w formularzu w zakresie zarządzania niniejszą polisą, co może wiązać się z upoważnieniem do ujawnienia wrażliwych informacji medycznych podanych przez mnie, mojego lekarza lub innego dostawcę usług medycznych. Upoważnienie obowiązuje do momentu pisemnego odwołania upoważnienia skierowanego przeze mnie do Ubezpieczyciela.
- g) Oświadczam że udzielam MediHelp/MediSky nieograniczonego dostępu do moich wszelkich danych medycznych, dokumentów związanych z moją hospitalizacją oraz wszelkich innych danych związanych z oceną ryzyka oraz oceną szkód.

Imię i nazwisko literami drukowanymi:

Ja, niżej podpisany/na, oświadczam, że dostarczone informacje są zgodne z prawdą oraz złożone przeze mnie osobiście

Podpis _____

Data _____