



**ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH ORAZ KOMUNIKACJĘ DROGĄ ELEKTRONICZNĄ  
zawierana przez każdą osobę fizyczną, która zamierza zawrzeć umowę ubezpieczenia**

Niżej podpisany..... Numer umowy ubezpieczenia.....

Numer telefonu komórkowego..... E-mail .....

Adres zamieszkania/do korespondencji.....

Na podstawie rozporządzenia o ochronie danych osobowych (Rozporządzenie UE 2016/679, „RODO”) :

**1. W sposób wyraźny udzielam zgody** na przetwarzanie przez Ubezpieczyciela i MediHelp **DANYCH OSOBOWYCH DOTYCZĄCYCH MOJEGO STANU ZDROWIA**, danych, które są bezwzględnie konieczne do świadczenia usług ubezpieczeniowych odpowiadających umowie ubezpieczenia, którą zawarłem lub, w zależności od przypadku, której skutki mają zastosowanie do mojej osoby.

**Wyrażam zgodę** na upoważnienie Ubezpieczyciela do badania stanu faktycznego, żądania przedłożenia dokumentów lekarzom prowadzącym, którzy mogą dokonać pełnej oceny mojego stanu zdrowia. Upoważniam lekarzy, szpital, klinikę lub inną placówkę medyczną, która jest w posiadaniu danych lub informacji i/lub dokumentów dotyczących mojego stanu zdrowia do udostępnienia, na pisemne żądanie Ubezpieczyciela, kompletnych informacji dotyczących wszelkich chorób, wypadków, leczenia, badania, konsultacji lub hospitalizacji.

W przypadku wystąpienia objętego ubezpieczeniem Zdarzenia/Ryzyka, **upoważniam** Ubezpieczyciela do podejmowania wszelkich kroków w celu uzyskania dokumentów niezbędnych do ustalenia przedłużenia okresu zobowiązania do zapłaty Świadczeń Ubezpieczeniowych, zwalniając z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej zarówno lekarzy, którzy badali/leczyli mnie, jak również wszelkie instytucje publiczne lub prywatne posiadające informacje na temat mojego stanu zdrowia i historii choroby, tak za mojego życia, jak i w późniejszym okresie, w razie śmierci, bez względu na przyczynę.

Rozumiem, iż w razie odmowy udzielenia w sposób wyraźny zgody na przetwarzanie danych na temat mojego zdrowia, Ubezpieczyciel nie będzie w stanie wykonywać umowy ubezpieczenia, której jestem stroną lub której skutki mają zastosowanie do mojej osoby, w szczególności, wypłacić odszkodowania.

TAK  NIE  Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

**2. W sposób wyraźny udzielam zgody** na przesyłanie przez Ubezpieczyciela i/lub MediHelp biuletynów informacyjnych na temat produktów i usług, w tym w celu ich ulepszenia, świadczeń, które mogą mi przysługiwać, ofert promocyjnych lub ofert ubezpieczenia (**CEL MARKETINGOWY**)

TAK  NIE  Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

**3. W sposób wyraźny udzielam zgody** na otrzymywanie korespondencji elektronicznej z wykorzystaniem moich danych kontaktowych podanych w niniejszym formularzu, w celu zawarcia umowy i/lub jej wykonywania, przesyłania monitów płatności należnych faktur, przy czym ten rodzaj korespondencji przynosi taki sam skutek jak korespondencja w formie papierowej.

TAK  NIE  Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Zapoznałem się z niniejszą INFORMACJĄ, otrzymałem jej egzemplarz i dobrowolnie dokonałem wyboru UMOWY \* (w przypadku, gdy dane osobowe są danymi osoby niepełnoletniej, rodzic lub opiekun prawny składa podpis pod Informacją i Zgodą oraz wpisuje swoje dane)

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko

\_\_\_\_\_  
Podpis

\_\_\_\_\_  
Data

\* W przypadku, gdy dane osobowe są danymi osoby niepełnoletniej, rodzic lub opiekun prawny składa podpis pod Informacją i Zgodą oraz wpisuje swoje dane) z wyjątkiem pól „Niżej podpisany” i „PIN”, w które należy wpisać dane osoby niepełnoletniej.

S.C. MEDIHELP INTERNATIONAL BROKER DE ASIGURARE S.R.L. - International Headquarters 24, Dr. Constantin Caracas Street, Bucharest - Bukareszt, Romania - Rumunia, T: 4021.222.0593, F: 4021.222.0691, E: office@medihelp.ro www.medihelp-assistance.com.

MEDISKY International Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, Polska, nr KRS 0000628122 z siedzibą w Warszawie, ul. Trębacka 4.

MGEN, SIREN nr 775 685 399, regulowany przez postanowienia Tomu (II) francuskiego kodeksu towarzystw ubezpieczeń wzajemnych - 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15. MGEN-IB, z ORIAS pod numerem 16002500, RCS Paris pod numerem 813 36 1441, 3-7 Square Max Hymans, 75648 Paris Cedex 15, pod nadzorem francuskiego urzędu nadzoru finansowego Authority of Prudential Supervision and Resolution (ACPR) 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, France - Francja.

