**FORMULARZ DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA**

ZGODNIE Z OWU W PODRÓŻY ZAGRANICZNEJ DLA KLUCZOWYCH KLIENTÓW GRUPY LUX MED

|  |  |
| --- | --- |
| Imię |  |
| Nazwisko |  |
| Obywatelstwo |  |
| PESEL |  |
| Nr Paszportu (jeśli brak nr PESEL) |  |
| Data Urodzenia |  |
| Nr karty pacjenta |  |
| Adres e-mail |  |
| Adres do korespondencji (jeśli brak e-mail) |  |
| Nazwa Firmy w ramach której pacjent posiada uprawnienia do ubezpieczenia |  |

*Uwaga:*

*Przesłane zgłoszenie będzie podlegało weryfikacji w celu potwierdzenia uprawnień do ubezpieczenia.*

*W przypadku niepodania pełnych danych osobowych, powodujących brak możliwości dokonania weryfikacji uprawnień, dokument zostanie zwrócony do nadawcy w celu jego uzupełnienia.*

⬜ Otrzymałem/am „Ogólne Warunkami Ubezpieczenia w Podróży zagranicznej dla Kluczowych Klientów Grupy LUX MED”;

⬜ Wyrażam wolę przystąpienia do Umowy Grupowego Ubezpieczenia, zgodnie z „Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia w Podróży zagranicznej dla Kluczowych Klientów Grupy LUX MED”, przy czym wybór wariantu ubezpieczenia zostanie wskazany przez Ubezpieczającego;

⬜ Oświadczam, iż otrzymałem/am informację na temat przetwarzania danych osobowych przez AWP P&C S.A. Oddział w Polsce w celu m.in. należytego wykonywania umowy Ubezpieczenia. Oświadczam, że otrzymałem/am Politykę Prywatności AWP P&C S.A. Oddział w Polsce. Aktualna treść Polityki Prywatności jest zawsze dostępna pod adresem http://www.mondial-assistance.pl/biznes/dane.aspx.;

⬜ Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych dotyczących mojego stanu zdrowia w zakresie niezbędnym do: oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz likwidacji szkód ubezpieczeniowych. Wyrażenie zgody jest dobrowolne, ale niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia;

……………………………………………….

Data, Miejsce, Podpis

Deklarację należy przesłać listownie na adres:

**AWP P&C S.A. Oddział w Polsce**

Dział Sprzedaży Ubezpieczeń Turystycznych

Ul. Konstruktorska 12 , 02 – 673 Warszawa

Dopisek: LUX MED – Aktywacja ubezpieczenia

**Schemat przystąpienia do ubezpieczenia**

Zapisanie się do ubezpieczenia poprzez wypełnienie Formularza

[i](http://www.turystyka.allianz.pl/luxmed) przesłania go drogą listowną, na adres AWP P&C S.A. Oddział w Polsce

Ul. Konstruktorska 12, 02-673 Warszawa

Weryfikacja uprawnień do ubezpieczenia

Osoba przystępująca

nie posiada uprawnień do ubezpieczenia

Osoba przystępująca posiada uprawnienia do ubezpieczenia

AWP

przesyła informację o braku ochrony wraz z podaniem przyczyny

w terminie do końca miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się

z **1. dniem następnego miesiąca**

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się

z **1. dniem drugiego miesiąca** następującego po dacie otrzymania zgłoszenia

Zgłoszenie przesłano

**po 24. dniu miesiąca**

Zgłoszenie przesłano

**do 24. dnia miesiąca**