

# OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przystępuję do programu prywatnej **Opieki Medycznej POLMED** dla Członków Klubu KDB POMOC prowadzonej przez KDB Sp. z o.o. od dnia.....( początek odpowiedzialności OM POLMED-pierwszy dzień miesiąca ). Zobowiązuję się do opłaty comiesięcznej składki za Opiekę Medyczną z góry do 15 dnia każdego poprzedzającego miesiąca (tj. np. za czerwiec do 15 maja itd.) Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia w Banku stałego zlecenia do odwołania w celu opłaty ww. składki za wybrany Pakiet Opieki Medycznej (Pakiet Indywidualny lub Rodzinny) .Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku powstania jednomiesięcznej zaległości/ przerwy w opłacie składek, obowiązywać będzie mnie oraz osoby objęte OM w ramach Pakietu rodzinnego - 12 miesięczna karencja.

## 1. Główny Ubezpieczony

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(PESEL)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres do korespondencji)

.....;  
(telefon do kontaktu)

.....  
( adres e-mailowy do kontaktu)

a) Wybieram Pakiet **INDYWIDUALNY** (nazwa) .....**SKŁADKA**.....

b) Wybieram Pakiet **RODZINNY** (nazwa) .....**SKŁADKA**.....

**Wraz ze mną do programu Opieki Medycznej w pakiecie Rodzinnym przystępują :**

## 2. Współmałżonek /partner życiowy/ (dziecko do 26 r. ż)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny)

.....  
(PESEL członka rodziny)

.....  
(adres zamieszkania członka rodziny)

.....  
(adres do korespondencji członka rodziny)

.....;  
(telefon do kontaktu)

.....  
( adres e-mailowy do kontaktu)

## 3. Dziecko (do 26 r. ż)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny)

.....  
(PESEL członka rodziny)

.....  
(adres zamieszkania członka rodziny)

.....  
(adres do korespondencji członka rodziny)

.....;  
(telefon do kontaktu)

.....  
( adres e-mailowy do kontaktu)

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KDB Sp. z o.o oraz KDB Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. moich danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.jedn.Dz.U.02.101.926 z późn. zm.) w celu realizacji umowy oraz przedstawienia promocyjnych ofert Opieki Medycznej. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy Opieki Medycznej są KDB Sp. z o.o z siedzibą ul Rzemieślnicza 1 w Krakowie oraz KDB Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. ul. Stańczyka 14/23 w Krakowie

2.Oświadczam, że przystępuję do Klubu KDB POMOC (dalej Klub) na warunkach określonych w Regulaminie Klubu na stronie [www.kdbpomoc.pl](http://www.kdbpomoc.pl), z którym się zapoznałem i go akceptuję.

1.....2.....

3.....  
(data i podpis czytelny osób przystępujących do OM)

#### 4.Dziecko (do 26 r. ż)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny)

.....  
(PESEL członka rodziny)

.....  
(adres zamieszkania członka rodziny)

.....  
(adres do korespondencji członka rodziny)

.....; .....

( adres e-mailowy do kontaktu)

#### 5.Dziecko (do 26 r. ż)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny)

.....  
(PESEL członka rodziny)

.....  
(adres zamieszkania członka rodziny)

.....  
(adres do korespondencji członka rodziny)

.....; .....

( adres e-mailowy do kontaktu)

#### 6.Dziecko (do 26 r. ż)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny)

.....  
(PESEL członka rodziny)

.....  
(adres zamieszkania członka rodziny)

.....  
(adres do korespondencji członka rodziny)

.....; .....

( adres e-mailowy do kontaktu)

#### 7.Dziecko ( do 26r.ż)

.....  
(Imię i nazwisko członka rodziny)

.....  
(PESEL członka rodziny)

.....  
(adres zamieszkania członka rodziny)

.....  
(adres do korespondencji członka rodziny)

.....; .....

( adres e-mailowy do kontaktu)

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez KDB Sp. z o.o oraz KDB Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. moich danych osobowych zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.jedn.Dz.U.02.101.926 z późn. zm.) w celu realizacji umowy oraz przedstawienia promocyjnych ofert Opieki Medycznej. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy Opieki Medycznej są KDB Sp. z o.o z siedzibą ul Rzemieślnicza 1 w Krakowie oraz KDB Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. ul. Stańczyka 14/23 w Krakowie

2.Oświadczam, że przystępuję do Klubu KDB POMOC (dalej Klub) na warunkach określonych w Regulaminie Klubu na stronie [www.kdbpomoc.pl](http://www.kdbpomoc.pl), z którym się zapoznałem i go akceptuję.

4.....5.....

6.....7.....

(data i podpis czytelny osób przystępujących do OM)