OŚWIADCZENIE -Opieka Medyczna POLMED

Oświadczam , że przystępuję do programu prywatnej **Opieki Medycznej POLMED** od dnia…… ……..(początek odpowiedzialności Opieki Medycznej POLMED-pierwszy dzień następnego miesiąca). Zobowiązuję się do opłaty comiesięcznej składki za Opiekę Medyczna z góry do 25 dnia każdego poprzedzającego miesiąca (tj. np. za marzec do 25 lutego itd.) za wybrany Pakiet Opieki Medycznej (Pakiet indywidualny ,partnerski 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 partnerskiego lub rodzinnego - 12 miesięczna karencja.

CZAS TRWANIA UMOWY WG. OWU oferowanych przez POLMED Spółka Akcyjna z siedzibą w Starogardzie Gdańskim

§ 1

1. Umowa zostaje zawarta na rok, przez co rozumie się okres pełnych dwunastu miesięcy kalendarzowych następujących po dniu zawarcia Umowy.

2. Mocą niniejszego postanowienia, po upływie każdego roku jej obowiązywania, Umowa ulega przedłużeniu na czas nieokreślony, o ile żadna ze Stron, najpóźniej na 14 dni przed dniem, w którym upływa każdy pełny roczny czas jej obowiązywania, nie złoży oświadczenia o tym, iż nie życzy sobie przedłużenia Umowy. Po takim przedłużeniu Umowa może być wypowiedziana przez każdą ze Stron z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wywiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca.

a) Wybieram Pakiet INDYWIDUALNY (nazwa w Ulotce)----------SKŁADKA----------

1. **Główny ubezpieczony**

……
Imię i nazwisko
……
(PESEL)
……
(adres zamieszkania)
……
(adres do korespondencji)
…… ……
(telefon kontaktowy) (adres e-mail)

……
(**czytelny podpis głównego ubezpieczonego**)

b) Wybieram Pakiet PARTNERSKI (nazwa w Ulotce)----------SKŁADKA----------

c) Wybieram Pakiet RODZINNY (nazwa w Ulotce)----------SKŁADKA----------

Wraz ze mną do programu Opieki Medycznej w pakiecie Rodzinnym przystępują (członkowie rodziny w kolumnie trzeciej należy wstawić właściwą literę M-małżonek, PŻ-partner życiowy, D-dziecko do 25 r. ż) :

Lp.	Imię i nazwisko małżonka/partnera/dziecka (opisać M, P lub D)	**M, PŻ, D**	Pesel	Adres zamieszkania /do korespondencji	Telefon, adres e-mail
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

1.Oświadczam, że zapoznałam/em się z OWU o Świadczenia Medyczne oferowane przez POLMED Spółka Akcyjna z siedzibą w Starogardzie Gdańskim na stronie www.kdbpomoc.pl (Program Małopolska Policja 2016 – Oferta Opieki Medycznej POLMED) .

1.Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez POLMED SA danych osobowych zgodnie z art. 13 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/we (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz.Urz.UE.l nr 119, str. 1) – dalej „RODO" w celu realizacji umowy. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy Opieki Medycznej jest POLMED SA Os. Kopernika 21, 83-200 Starogard Gdański

---

(data i podpis czytelny osoby przystępującej do OM)