

YOUR **INTERNATIONAL**
HEALTHCARE **PARTNER**



FORMULAR DE APLICARE

CLOVER PLAN

NESACard

**VĂ RUGĂM SĂ COMPLETAȚI TOATE CÂMPURILE DIN ACEST FORMULAR CU MAJUSCULE.
TOATE INFORMAȚIILE SUNT CONFIDENȚIALE!**

SECȚIUNEA A

DETAIILE DUMNEAVOASTRĂ PERSONALE

DI. / Dna. / Dra.											
Prenume											
Nume											
Data nașterii	Ziua			Luna			Anul				
Sex	B		F								
Coordonate											
Adresa de corespondență											
Telefon						Mobil					
Coordonate în țara dumneavoastră de reședință											
Adresa de corespondență											
Telefon						Mobil					
Fax						E-mail					

SECȚIUNEA B

CHESTIONAR MEDICAL / DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE

IMPORTANT! VĂ RUGĂM SĂ CITIȚI!

Această secțiune solicită detalii legate de starea dumneavoastră de sănătate, din trecut sau din prezent. Vă rugăm bifați DA sau NU la fiecare întrebare. Dacă bifați DA la o întrebare, vă rugăm să oferiți detalii complete în cadrul secțiunii C din pagina următoare. Asigurați-vă că ne comunicați orice afecțiuni sau simptome cunoscute, chiar dacă nu ați consultat încă un doctor.

Dacă nu ne furnizați informații complete, avem dreptul de a rezilia asigurarea sau de a nu plăti despăgubirile solicitate.
Dumneavoastră:

- ✓ Ați consultat un medic sau alt practician în domeniul sănătății în **ultimii trei ani**?
- ✓ Ați fost internat în spital, ați suferit o operație/intervenție medicală sau ați efectuat investigații (de ex. radiografii/analize de sange) în **ultimii trei ani**, pentru oricare dintre problemele medicale de la întrebările 1 – 2 de mai jos?

		MM	
1	Cancer, tumori sau excrescențe, de exemplu, polipi, excrescențe benigne, orice tip de cancer sau afecțiuni pre-canceroase	D	N
2	Ați prezentat semne sau simptome ale unor tulburări medicale* în ultimele șase luni, indiferent dacă ați fost sau nu consultat de un medic?	D	N

***Tulburari medicale** – stări medicale sau psihologice cunoscute, manifestate prin simptomele externe care persistă timp de cel puțin 7 zile, incluse în Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemele de sănătate conexe (ICD), supuse sau care nu au fost supuse unui tratament, care au avut loc în ultimii trei ani

SECȚIUNEA C

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

	Întrebarea la care ați răspuns cu DA	Vă rugăm să specificați cât mai exact posibil numele bolii sau problemei medicale*.	Când s-au manifestat primele simptome și când a fost încheiat tratamentul?	Ce tratament vi s-a administrat și când (indicați date, nume și informații despre medicamente)?	Care a fost rezultatul tratamentului (tratamentul continuă, recuperare completă, recurent sau posibil să se repete)?
MM					

ATAȘAȚI ORICE DOSAR MEDICAL CARE CREDEȚI CĂ NE-AR PUTEA OFERI O IMAGINE DE ANSAMBLU ASUPRA CONDIȚIILOR DECLARATE!

SECȚIUNEA D

DETALII DE PLATĂ

Moneda de plată	EUR <input type="radio"/>
Plătesc prin:	Card de credit <input type="radio"/> Transfer bancar <input type="radio"/>

Pentru detalii privind plata, vă rugăm să contactați MediSky la următoarea adresă de email: customer-care@medisky.pl.

SECȚIUNEA E

DECLARAȚIA DUMNEAVOASTRĂ

Subsemnatul _____ sunt de acord
cu următoarele :

DECLARAȚIE:

Prin prezenta, solicit să devin membru al LAMP Insurance Company Limited.

Accept condițiile de acordare a beneficiilor și limitele prevăzute în termenii poliței de asigurare și sunt de acord să fiu obligat de acești termeni.

Confirm corectitudinea declarațiilor și a informațiilor conținute în această cerere, precum și corectitudinea tuturor celorlalte documente depuse în prezent sau în viitor cu privire la această cerere. Acceptăm ca LAMP Insurance Company Limited să se bazeze pe astfel de declarații și informații în cazul în care acceptă această cerere. LAMP Insurance Company Limited își rezervă dreptul de a investiga unde există incertitudini cu privire la valabilitatea informațiilor furnizate.

Subsemnatul, sunt de acord să transmit examenele și testele medicale pe care LAMP Insurance Company Limited le consideră necesare.

Sunt de acord să anunț imediat LAMP Insurance Company Limited printr-o notificare scrisă, în cazul în care vor apărea modificări semnificative la evaluarea acestei cereri înainte de data la care LAMP Insurance Company Limited acordă acceptarea scrisă. Acest aspect va oferi către LAMP Insurance Company Limited dreptul de a reconsidera termenii de acceptare.

CONSIMȚĂMÂNTUL PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ALE MEMBRULUI PRINCIPAL/DEȚINĂTORULUI POLIȚEI

Subsemnatul, în conformitate cu Articolul 23 paragraful 1 punctul 1 și Articolul 27 paragraful 2 punctul 1 din Legea privind protecția datelor cu caracter personal din 29 august 1997 (denumită în continuare „Legea privind protecția datelor”), îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor mele personale, inclusiv a stării mele de sănătate, pentru procesarea cererii de asigurare și pentru executarea contractelor de asigurare încheiate pe această bază.

Declar că am fost informat cu privire la dreptul de a accesa conținutul datelor mele, de a le corecta și de a solicita în formă scrisă încetarea prelucrării datelor mele, precum și cu privire la dreptul meu de a mă opune prelucrării acestora. În cazul încălcării dispozițiilor privind protecția datelor cu caracter personal, am dreptul să depun o plângere la Inspectorul General pentru Protecția Datelor cu Caracter Personal (GIODO).

Consimțământul de mai sus, conform Articolului 23 paragraful 2 din Legea privind protecția datelor este, de asemenea, exprimat și pentru viitor.

Vă informăm că datele dumneavoastră personale vor fi prelucrate de MEDISKY sp. z o.o., cu sediul social în Varșovia, 00-074 ul. Trębacka 4, înregistrată la Registrul Comerțului cu numărul KRS: 628122, în baza consimțământului privind prelucrarea acestor date, în temeiul Articolului 31 din Legea privind protecția datelor, de către operatorul de date – de exemplu **LAMP Insurance Company Limited** cu sediul în Gibraltar (GX11 1AA) Suite 934 Europort. Sunteți informat că transmiterea datelor este voluntară, dar necesară pentru prezentarea unei oferte de asigurare și încheierea unui contract de asigurare care include și evaluarea riscului de asigurare.

Dorim să vă informăm că datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul identificării cererii de asigurare, încheierii unui contract de asigurare și a asigurării.

Vă informăm că, în cazul în care se încheie un contract de asigurare, datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul executării acestuia, iar în cazul refuzului de a fi acoperit de asigurare, aceste vor fi prelucrate numai în scopuri de arhivare.

Dorim să vă informăm că cererea dumneavoastră de modificare a datelor personale, a informațiilor de contact, a cererii de încetare a prelucrării datelor, sau obiecțiile trebuie trimise la următoarea adresă de e-mail: customer-care@medisky.pl

Subsemnatul, declar că informațiile oferite sunt corecte și complete și eu am fost cel care a completat formularul.

Declar că am primit un exemplar al Termenilor și Condițiilor Generale ale asigurării NESACARD, pe care l-am citit.

Semnătura _____

Data _____

Se va utiliza doar de către Broker / Agent

Numele Brokerului / Agentului: _____