

## WNIOSEK O ROZPOCZĘCIE PROGRAMU ZDROWOTNEGO MÓJ ORTOPEDA

 Imię i Nazwisko  
Ubezpieczonego:

 Telefon  
komórkowy:

+48

e-mail:

PESEL:

Adres:

 Nazwa Pracodawcy /  
Ubezpieczającego

**Do wniosku dołączono następujące dokumenty potwierdzające wystąpienie złamania kości lub zwichnięcia stawu:**

lp.	rodzaj dokumentu	liczba

### OŚWIADCZENIE

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych podanych przeze mnie lub osoby trzecie, w tym danych dotyczących, lub mających wpływ na stan mojego zdrowia przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA w celu realizacji umowy ubezpieczenia, a także na przekazanie danych do operatora medycznego odpowiedzialnego za organizację usług medycznych i do placówek medycznych, które będą udzielały usług medycznych gwarantowanych przez zawarte ubezpieczenie zdrowotne.
- Upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. do zasięgnięcia, zgodnie z obowiązującym prawem, wszelkich informacji dotyczących stanu mojego zdrowia od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi usług medycznych
- Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA korespondencji, w tym oświadczeń woli drogą elektroniczną na adres e-mailowy podany we wniosku lub na podany numer telefonu komórkowego, w tym w szczególności informacji o usługach medycznych. Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku zmiany adresu e-mailowego lub numeru telefonu komórkowego do niezwłocznego przekazania nowych danych Towarzystwu Ubezpieczeń ZDROWIE SA

D D - M M - R R R R

data

podpis Ubezpieczonego

Wniosek po wypełnieniu i podpisaniu wraz ze wskazaną dokumentacją medyczną należy przesłać na adres: [ubezpieczenia@tuzdrowie.pl](mailto:ubezpieczenia@tuzdrowie.pl)

