



INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Oddział w Polsce
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS: 0000060063
REGON: 010788730, NIP: 5251573813, 00-838 Warszawa, ul. Prosta 68

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do programu Assistance w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia

nr 68203

NR DEKLARACJI

UBEZPIECZYCIEL Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce

UBEZPIECZAJĄCY Stowarzyszenie Horyzont Pro
ul. Szosa Chełmińska 177-181
87-100 Toruń

UBEZPIECZONY
PESEL:

PŁATNIK SKŁADKI
PESEL:

ZAKRES UBEZPIECZENIA Medyczny Medyczny Rodzinny Domowy Domowy Plus

POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

OPLATA Z TYTUŁU OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIA zł/miesiąc

Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia zastosowanie mają Szczególne Warunki Ubezpieczenia "Assistance" z dnia 02.08.2010 roku. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego należy zadzwonić pod numer linii alarmowej, podać nr PESEL i postępować zgodnie z uzyskanymi zaleceniami.

Oświadczenia przystępującego do ubezpieczenia

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Broszura Informacyjna przetwarzanie danych osobowych związane z zawarciem umowy ubezpieczenia.
- Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałam Szczególne Warunki Ubezpieczenia Assistance z dnia 02.08.2010 roku, zapoznałam się z nimi i akceptuję ich treść.
- Niejsza umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami ubezpieczeniowymi.
- Ubezpieczyciel poinformował mnie, iż w przypadku zgłoszenia roszczenia o wykonanie świadczeń o charakterze medycznym z umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może wnosić o dostarczenie dokumentacji medycznej, wyrażenia dalszych zgód i złożenia oświadczeń niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i zakresu przysługujących świadczeń. W szczególności Ubezpieczyciel może wnosić o:
 - złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dotyczącego uzyskiwania informacji i dokumentacji od lekarzy i placówek medycznych),
 - uzyskanie informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia, uzyskanie informacji od innych ubezpieczycieli.

.....
data sporządzenia dokumentu

.....
podpis ubezpieczonego