

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



APPLICATION FORM **FORMULARZ WNIOSKU**

MEDISKY INTERNATIONAL PLANS **PROGRAMY MIĘDZYNARODOWEGO** **UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO MEDISKY**

PLEASE COMPLETE ALL RELEVANT WHITE SECTIONS OF THIS FORM IN BLOCK CAPITALS.
ALL INFORMATION IS CONFIDENTIAL!
PROSIMY O WYPEŁNIENIE ODPOWIEDNICH BIAŁYCH PÓL WIELKIMI LITERAMI.
WSZYSTKIE INFORMACJE SĄ POUFNE!



HEALTHCARE PLAN

PROGRAM UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

CHOOSE THE PLAN YOU APPLY FOR
WYBIERZ ODPOWIEDNI PROGRAM

WHAT IS YOUR DESIRED INSURANCE PROGRAMME?/KTÓRY PROGRAM UBEZPIECZENIOWY WYBIERASZ?



HOME COUNTRY/KRAJ OJCZYSTY	
COUNTRY OF RESIDENCE/KRAJ WYBORU	
ELECTED COUNTRY (only for Emerald Plan) KRAJ WYBORU (tylko dla Programu Emerald)	

SECTION A/SEKCJA A

YOUR PERSONAL DETAILS/TWOJE DANE OSOBOWE

Mr./ Mrs./Ms. Pan/Pani											
First Name /Imię											
Family Name/ Nazwisko											
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień			Month Miesiąc			Year Rok				
Gender/Płeć	M M		F K								
Coordinates in Poland / Dane adresowe w Polsce											
Correspondence Address in/Adres do korespondencji											
Home phone no./ Telefon domowy						Mobile phone no./ Tel. kom.					
BUSINESS SECTION INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA PRACY											
Occupation/ Zawód						Name of company Nazwa firmy					
Business Phone no. / Telefon służbowy						Fax Phone no./ Fax					
E-mail/ E-mail						Nationality/ Obywatelstwo					
Coordinates in your country of residence / Dane adresowe w kraju zamieszkania											
Correspondence Address in/Adres do korespondencji w											
Home phone no./ Telefon domowy						Mobile phone no. / Tel. kom.					
Fax Phone no./ Fax						E-mail					

I, the undersigned, declare that the information supplied is accurate and up-to-date and I filled it in myself.

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że podane informacje są dokładne i aktualne oraz złożone przeze mnie osobiście.

Signature/Podpis _____

Date/Data _____

SECTION B / SEKCJA B

PEOPLE TO BE INSURED WITH YOU / DEPENDANTS

OSOBY DO UBEZPIECZENIA Z TOBĄ / OSOBY NA UTRZYMANIU

Mr./Mrs./Ms. Pan/Pani												
First Name/Imię												
Family Name/ Nazwisko												
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień			Month Miesiąc			Year Rok					
Gender/Płeć	M M		F K									
Relationship to you/ W stosunku do Ciebie												

Mr./ Mrs./Ms. Pan/Pani												
First Name/Imię												
Family Name/ Nazwisko												
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień			Month Miesiąc			Year Rok					
Gender/Płeć	M M		F K									
Relationship to you/ W stosunku do Ciebie												

Mr./Mrs./Ms. Pan/Pani												
First Name/Imię												
Family Name/ Nazwisko												
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień			Month Miesiąc			Year Rok					
Gender/Płeć	M M		F K									
Relationship to you/ W stosunku do Ciebie												

continued to page no. 4/ciąg dalszy na s. 4



Mr./Mrs./Ms. Pan/Pani												
First Name/Imię												
Family Name/ Nazwisko												
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień			Month Miesiąc			Year Rok					
Gender/Płeć	M M		F K									
Relationship to you/ W stosunku do Ciebie												

Mr./Mrs./Ms. Pan/Pani												
First Name/Imię												
Family Name/ Nazwisko												
Date of Birth/ Data urodzenia	Day Dzień			Month Miesiąc			Year Rok					
Gender/Płeć	M M		F K									
Relationship to you/ W stosunku do Ciebie												

Signature / Podpis _____

SECTION C/SEKCJA C

MEDICAL QUESTIONNAIRE/STATE OF HEALTH

KWESTIONARIUSZ MEDYCZNY/OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

IMPORTANT! PLEASE READ!

This section asks for health and medical details, past and present about yourself and each person named in Section B. Please tick Yes or NO to every question for every person. If you tick yes to a question, please give full details in Section D on the next page. Please ensure you tell us about any known or suspected conditions and symptoms even if professional advice has not yet been sought.

If you do not provide us with full details we may terminate your cover or it may stop us from paying your claims.

Have you or anyone to be covered under this plan:

- ✓ Seen a doctor or other healthcare professional **in the last three years?**
- ✓ Been admitted to a hospital, had an operation/procedure or had an investigation (e.g. scan/ blood tests) **in the last five years**, for any of the medical problems listed in questions 1-12 below?

WAŻNE! PROSIMY O PRZECZYTANIE

W tej sekcji prosimy o podanie danych medycznych oraz informacji na temat stanu zdrowia, aktualnych i z przeszłości, dotyczących Ciebie, a także każdej z osób wymienionych w Sekcji B. Prosimy zaznaczyć Tak (T) lub NIE (N) przy każdym pytaniu i w odniesieniu do każdej z osób. Jeżeli zaznaczyłeś(-łaś) „tak” (T) prosimy podać pełen opis w Sekcji D na następnej stronie. Prosimy również, żebyś się upewnił(-ła), czy zgłosiłeś(-łaś) nam wszystkie znane lub podejrzane stany i objawy, nawet jeżeli nie zasięgałeś(-łaś) jeszcze profesjonalnej porady.

W razie niezgłoszenia nam pełnych szczegółów możemy zaprzestać udzielania ochrony ubezpieczeniowej lub może to wstrzymać zaspokajanie przez nas Twoich roszczeń.

Czy Ty lub dowolna osoba, która ma być objęta niniejszym planem:

- ✓ odbyłeś(-aś) wizytę u lekarza lub innego specjalisty opieki zdrowotnej **w ciągu ostatnich 3 lat?**
- ✓ byłeś(-aś) przyjęty do szpitala, przeszedłeś(-aś) operację/procedurę lub badanie lekarskie (np. badanie skanerem/badanie krwi) **w ciągu ostatnich 5 lat**, z powodu dowolnych medycznych problemów wymienionych w pytaniach 1 – 12 poniżej?

		MM		1		2		3		4	
1	Heart of circulatory disorders e.g.: high blood pressure, angina, chest pains, heart attack, heart failure, abnormal heart beat, aneurysm or varicose veins. Zaburzenia krążenia , np. wysokie ciśnienie krwi, bóle piersiowe, zawał serca, niewydolność serca, nieprawidłowy rytm serca, tętniak lub żylaki	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
2	Endocrine (glandular) disorders e.g. diabetes (Type 1 or Type 2), thyroid problems, or obesity Zaburzenia endokrynologiczne (gruczołów) , np. cukrzyca (typu 1 lub typu 2), problemy z tarczycą lub otyłość	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
3	Breathing or respiratory disorders e.g. shortness of breath, asthma, COPD, chest infections, pneumonia, bronchitis, tuberculosis	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N

	or allergies (including hay fever and anaphylaxis) Zaburzenia oddychania lub układu oddechowego , np. zadyszka, astma, POChP, zakażenia klatki piersiowej, zapalenie płuc, zapalenie oskrzeli, gruźlica lub alergie (w tym katar sienny lub anafiksja)																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

		MM		1		2		3		4	
4	Stomach, intestines, liver or gall bladder problems e.g. stomach inflammation/ulcers, irritable bowel, Crohn's disease, colitis, change in bowel habits, abdominal pain, hemorrhoids/piles, pancreatitis, liver inflammation, cirrhosis, gall stones or hernias Problemy gastryczne, jelitowe, wątrobowe lub pęcherzyka żółciowego , np. zapalenie/wrzody żołądka, zespół jelita drażliwego, choroba Leśniowskiego-Crohna, zapalenie okrężnicy, zmiana rytmu wypróżnień, ból brzucha, hemoroidy/żylaki, zapalenie trzustki, zapalenie wątroby, marskość wątroby, kamienie żółciowe lub przepuklina	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
5	Cancer, tumors or growths e.g. polyps, benign growths, any cancers or pre- cancerous conditions Nowotwory złośliwe, guzy lub narośle , np. polipy, łagodne narośle, wszelkie stany nowotworowe i przednowotworowe	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
6	Skin Problems e.g. eczema, dermatitis, rashes, psoriasis, acne, cysts, moles that itch or bleed, or allergic conditions Problemy skórne , np. egzema, wysypka, zapalenie skóry, łuszczyca, trądzik, cysty, krwawiące lub swędzące pieprzyki lub stany alergiczne	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
7	Brain or nervous system disorders e.g. stroke, dementia, migraine, repeated headaches, multiple sclerosis, epilepsy/fits, nerve pain (including sciatica and shingles) or meningitis Zaburzenia pracy mózgu lub układu nerwowego , np. udar, demencja, migrena, powtarzające się bóle głowy, stwardnienie rozsiane, epilepsja/konwulsje, nerwoból (w tym rwa kulszowa i półpasiec) lub zapalenie opon mózgowych	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
8	Muscle or skeletal problems e.g. arthritis, back pain, neck/shoulder problems, cartilage and ligament problems, joint replacements, fractures, osteoporosis, gout or inflammatory conditions Problemy mięśniowe lub szkieletowe , np. zapalenie stawów, ból kręgosłupa, problemy szyi/barku, problemy chrząstek i więzadeł, przemieszczenia stawów, złamania, osteoporoza, dna moczanowa lub stany zapalne	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
9	Urinary or reproductive system problems e.g. kidney or bladder problems (including kidney failure), recurrent urinary infections, incontinence, pregnancy/childbirth problems (including caesarean section), heavy or irregular periods, fibroids, endometriosis, infertility, abnormal smears, polycystic ovaries, testicular or prostate disorders. Problemy układu wydalniczego lub płciowego , np. problemy nerek lub pęcherza (w tym niewydolność nerek), nawracające infekcje moczowe; nietrzymanie moczu, problemy ciążowe/porodowe (w tym cesarskie cięcie), obfite lub nieregularne miesiączki, mięśniaki macicy, endometrioza, niepłodność, nieprawidłowe plamienia, zespół jajników policystycznych, zaburzenia jąder lub prostaty.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
10	Blood/infective/ immune disorders e.g. abnormal blood tests, high cholesterol, anemia, hepatitis, HIV, malaria, or any autoimmune disorder. Zaburzenia we krwi/choroby infekcyjne/autoimmunologiczne , np. nieprawidłowe wyniki badań krwi, wysoki cholesterol, anemia, zapalenie wątroby, HIV, malaria lub zaburzenia autoimmunologiczne.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N

		MM		1		2		3		4	
11	Eye, ear, nose, throat and dental problems e.g. cataracts, glaucoma, visual impairment, deafness, ear infections, tonsillitis, dental infections, wisdom teeth problems or gingivitis. Problemy oczu, uszu, nosa, gardła i zębów , np. zaćma, jaskra, zaburzenia widzenia; głuchota, infekcje ucha, zapalenie migdałków; infekcje dentystryczne, problemy z zębami mądrości lub zapalenie dziąseł.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
12	Psychiatric/ psychological disorders e.g. schizophrenia, compulsive or eating disorders, depression, stress, anxiety or drug/alcohol dependency. Zaburzenia psychiatryczne /psychiczne , np. schizofrenia, kompulsywne łaknienie lub zaburzenia łaknienia; depresja, stres, stan lękowy lub uzależnienie od narkotyków/alkoholu.	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
13	Is anyone to be covered taking any medication, prescribed or otherwise? Czy któraś z osób mających zostać objętych ubezpieczeniem zażywa lek na receptę lub inny?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
14	Is anyone to be covered receiving any treatment of any kind, or require or expect to require any review, investigations or treatment for any current or past medical problem not already mentioned in this application? Czy któraś z osób mających zostać objętych ubezpieczeniem przechodziła jakiegokolwiek rodzaju leczenie lub takiego wymaga; albo lub spodziewane jest, że będzie wymagała przeglądu, badań lub leczenia aktualnych lub przeszłych problemów zdrowotnych niewymienionych w tym wniosku?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
15	Has anyone to be covered experienced any signs or symptoms of any medical problem in the last six months, regardless of whether a health care professional has been consulted? Czy któraś z osób mających zostać objętych ubezpieczeniem w ciągu ostatnich 6 miesięcy wykazywała objawy problemów zdrowotnych, bez względu na zasięgnięcie porady specjalisty?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
16	Height Wzrost										
17	Weight Waga										
18	Have you smoked within the last 5 years? Czy paliłeś(-aś) w ciągu ostatnich 5 lat?										

SECTION D/SEKCJA D

ADDITIONAL INFORMATION

INFORMACJE DODATKOWE

	The relevant question you answered with YES Odpowiednie pytanie, na jakie odpowiedziałeś (-aś) TAK (T).	Please specify as accurately as possible the name of the illness or medical problem Prosimy o jak najdokładniejsze określenie nazwy choroby lub problemu zdrowotnego.	When did the symptoms started and when was treatment completed? Kiedy rozpoczęły się objawy i kiedy zakończono leczenie?	What treatment did you receive and when (please include dates, names and details of medication) Jakie leczenie zastosowano i kiedy (wskazanie dat, nazw i szczegółów leków).	What was the outcome of the treatment (e.g. on- going, complete recovery, recurrent or likely to recur) Jaki był wynik leczenia (np. trwające, pełny powrót do zdrowia, nawrót lub prawdopodobny nawrót).
MM					
1					
2					
3					
4					

PLEASE ATTACH ANY MEDICAL FILE YOU THINK MIGHT GIVE US AN OVERVIEW OF THE CONDITIONS DECLARED!

PROSIMY O ZAŁĄCZENIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, KTÓRA DOSTARCZY NAM INFORMACJI NA TEMAT ZGŁOSZONYCH STANÓW CHOROBY CZY PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH!

SECTION E/SEKCJA E

YOUR PAYMENT DETAILS/DANE PŁATNICZE

Your currency / Waluta	EUR <input type="radio"/>			
How will you pay? Płatność	Monthly Miesięczna <input type="radio"/>	Quarterly Kwartalna <input type="radio"/>	Semi-annually Półroczna <input type="radio"/>	Annually Roczna <input type="radio"/>
I am paying by: Sposób zapłaty:	Credit card Karta kredytowa <input type="radio"/>		Bank Transfer Przelew <input type="radio"/>	
DEDUCTIBLE (Lime, Green Plans) UDZIAŁ WŁASNY (Programy Lime i Green)	No/Nie <input type="radio"/>	75 EUR <input type="radio"/>	150 EUR <input type="radio"/>	
DEDUCTIBLE (Emerald Plan only) UDZIAŁ WŁASNY (tylko przy Programie Emerald)	No/Nie <input type="radio"/>	75 EUR <input type="radio"/>	250 EUR <input type="radio"/>	500 EUR <input type="radio"/>
	1000 EUR <input type="radio"/>	2500 EUR <input type="radio"/>	4500 EUR <input type="radio"/>	

Note: this deductible will apply to every insured person. Please note that for choosing a deductible or monthly payment, the only accepted method of payment will be by credit card.

Uwaga: niniejszy udział własny dotyczy każdego ubezpieczonego. Przy wyborze udziału własnego lub płatności miesięcznej jedynym akceptowanym sposobem zapłaty jest płatność kartą kredytową.

CREDIT CARD AUTHORITY

To LAMP Insurance Company Limited, I authorise you, until further notice in writing, to charge to my card account, subscriptions and other unspecified amounts, as and when payments become due. I will advise you immediately if the card becomes lost, stolen or if I wish to close my card account or cancel the authority.

Do LAMP Insurance Company Limited: upoważniam was, do chwili późniejszego pisemnego zawiadomienia, do obciążania mojej karty rozliczeniem, składką i innymi niewyszczególnionymi kwotami, gdy płatność stanie się należna. Zawiadomię was natychmiast o utracie karty, jej kradzieży lub o mojej woli zamknięcia rachunku karty lub odwołania upoważnienia.

- Master Card** Please note that we do not accept Maestro payments. You will be given 14 days notice of other unspecified amounts to be collected.
- Visa** Nie akceptujemy płatności kartami Maestro. zamiarze pobrania innych niewyszczególnionych kwot zawiadomimy z 14 dniowym wyprzedzeniem.

Cardholder's name as it appears on the card/Imię i nazwisko posiadacza karty wg zapisu na karcie:

Card number/Nr karty:

 - - -

Valid from date

Ważna od:

 /

Expires/end date

Ważna do:

 /

Cardholder's signature/Podpis posiadacza karty:

Date/Data:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



SECTION F/SEKCJA F

YOUR DECLARATION/TWOJE OŚWIADCZENIE

I, _____
understand the following/rozumiem następujące:

DECLARATION

I hereby apply for membership to the LAMP Insurance Company Limited.

I accept the benefits terms conditions and limits provided for in the terms of the insurance policy and I agree to be bound by such terms.

I understand that this Application is subject to written acceptance by LAMP Insurance Company Limited.

I confirm the correctness of the statements and information contained in this application and confirm the correctness of all other documents submitted now or in the future concerning this application. This clause will constitute a condition precedent to the payment of the benefits provided for in the terms of the Plan. We accept that LAMP Insurance Company Limited will be relying on such statements and information when agreeing to accept this application. LAMP Insurance Company Limited reserves the right to investigate where uncertainty exists about the validity of information provided.

I, the applicant and the listed dependents, agree to being called upon to submit such medical examinations and tests as LAMP Insurance Company Limited deems necessary.

I acknowledge that LAMP Insurance Company Limited reserves the right to cancel the membership of this Plan if any amount due is not paid by or on the due date concerned.

I agree to give LAMP Insurance Company Limited immediate written notice should any changes material to the assessment of this application occur before the date upon which LAMP Insurance Company Limited grants written acceptance. This will give LAMP Insurance Company Limited the opportunity to reconsider the terms of acceptance.

OŚWIADCZENIE

Niniejszym składam wniosek o uczestnictwo do LAMP Insurance Company Limited.

Akceptuję świadczenia, postanowienia, warunki i limity przewidziane w umowie ubezpieczenia i zgadzam się na związanie nimi.

Rozumiem, że niniejszy Wniosek podlega pisemnej akceptacji LAMP Insurance Company Limited.

Potwierdzam prawidłowość oświadczeń i informacji zawartych w tym wniosku i potwierdzam prawidłowość wszystkich innych dokumentów dotyczących niniejszego wniosku, złożonych obecnie lub w przyszłości.

Niniejsza klauzula stanowić będzie warunek zawieszający wypłaty świadczeń przewidzianych w Programie.

Akceptuję, że LAMP Insurance Company Limited będzie opierać się na tych oświadczeniach i informacjach przy udzielaniu zgody na akceptację wniosku. W razie wątpliwości LAMP Insurance Company Limited zastrzega sobie prawo do sprawdzania prawdziwości dostarczonych informacji.

Ja, wnioskodawca, oraz wymienione osoby na utrzymaniu, zgadzamy się na wezwanie do złożenia wyników badań i testów medycznych, jakie LAMP Insurance Company Limited uzna za konieczne.

Przyjmuję do wiadomości, że LAMP Insurance Company Limited zastrzega sobie prawo do zniesienia uczestnictwa w niniejszym Programie w razie niewpłacenia we właściwym jakiegokolwiek kwoty należnej.

Zobowiązuję się do natychmiastowego pisemnego zawiadomienia LAMP Insurance Company Limited w razie pojawienia się jakichkolwiek zmian istotnych dla oceny niniejszego wniosku przed udzieleniem przez LAMP Insurance Company Limited pisemnej akceptacji. Umożliwi to LAMP Insurance Company Limited ponowne rozważenie warunków akceptacji.

CONSENT FOR PERSONAL DATA PROCESSING OF THE MAIN MEMBER /POLICYHOLDER

I, the undersigned, pursuant to Art. 23 paragraph 1 point 1 and art. 27 paragraph 2 point 1 of the Personal Data Protection Act of 29 August 1997 (hereinafter the "Data Protection Act"), express my consent to the processing of my personal data, including my health status, in order to process my application for insurance cover and to execute insurance contracts concluded on this basis.

I declare that I have been informed about the right to access the content of my data, to correct it and to request in written form to cease my data processing as well as to object to its processing. In case of a breach of the provisions on personal data protection I have the right to submit a complaint with the Inspector General for the Protection of Personal Data (GIODO).

The above consent, pursuant to Art. 23 paragraph 2 of the Data Protection Act is also expressed for the future.

*We kindly inform you that your personal data will be processed by **MEDISKY sp. z o.o.** with its registered office in Warsaw, 00-074 ul. Trębacka 4, registered in the register of entrepreneurs of the National Court Register under KRS number: 628122, on the basis of entrusting the processing of such data, pursuant to art. 31 of the Data Protection Act, by the data controller - ie **LAMP Insurance Company Limited** based in Gibraltar (GX11 1AA) Suite 934 Europort.*

We inform that the data submission is voluntary but necessary to present an insurance offer and to conclude insurance contract, which includes insurance risk assessment.



We would like to inform you that your personal data will be processed for the purposes of identifying the application for insurance coverage, the conclusion of an insurance contract and insurance cover.

We inform you that if your insurance contract is concluded, your personal data will be processed for the purpose of performing it, and in the event of refusal to be covered by insurance, it will only be processed for archival purposes.

We would like to inform you that your application for change of personal data, contact information, request for discontinuation of data processing or objection must be sent to the following e-mail address: **customer-care@medisky.pl**

Signature of the Main Member / Policyholder _____

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH GŁÓWNEGO UCZESTNIKA/UBEZPIECZAJĄCEGO

Ja, niżej podpisana/y, w trybie art. 23 ust. 1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (dalej jako „Ustawa o ochronie danych osobowych”), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia, w celu rozpoznania mojego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz w celu realizacji zawartej na tej podstawie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania oraz prawie pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również wniesienia sprzeciwu. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych przysługuje prawo wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Powyższa zgoda, w trybie art. 23 ust. 2 Ustawy o ochronie danych osobowych, wyrażona jest również na przyszłość.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez spółkę **MEDISKY sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie (00-074) ul. Trębacka 4, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 628122, na podstawie powierzenia przetwarzania tych danych, w trybie art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych, przez administratora danych – tj. **LAMP Insurance Company Limited** z siedzibą w Gibraltarze (GX11 1AA) Suite 934 Europort.

Informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne, w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej i zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpoznania wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową, zawarcia umowy ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Informujemy, że w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu jej wykonania, a w przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową będą przetwarzane jedynie w celach archiwizacyjnych.

Informujemy, że zgłoszenia zmiany danych osobowych, kontaktowych, żądanie zaprzestania przetwarzania danych czy zgłoszenie sprzeciwu należy przelać na adres e-mail: **customer-care@medisky.pl**

Podpis Głównego Uczestnika zgłoszonego do objęcia Ubezpieczeniem/Ubezpieczającego _____

CONSENT FOR PERSONAL DATA PROCESSING OF THE PERSON TO BE INSURED WITH MAIN MEMBER

I, the undersigned, pursuant to Art. 23 paragraph 1 point 1 and art. 27 paragraph 2 point 1 of the Personal Data Protection Act of 29 August 1997 (hereinafter the "Data Protection Act"), express my consent to the processing of my personal data, including my health status, in order to process my application for insurance cover and to execute insurance contracts concluded on this basis.

I declare that I have been informed about the right to access the content of my data, to correct it and to request in written form to cease my data processing as well as to object to its processing. In case of a breach of the provisions on personal data protection I have the right to submit a complaint with the Inspector General for the Protection of Personal Data (GIODO)

The above consent, pursuant to Art. 23 paragraph 2 of the Data Protection Act is also expressed for the future.

We kindly inform you that your personal data will be processed by **MEDISKY sp. z o.o.** with its registered office in Warsaw, 00-074 ul. Trębacka 4, registered in the register of entrepreneurs of the National Court Register under KRS number: 628122, on the basis of entrusting the processing of such data, pursuant to art. 31 of the Data Protection Act, by the data controller - ie LAMP Insurance Company Limited based in Gibraltar (GX11 1AA) Suite 934 Europort.

We inform that your personal data have been obtained on the basis of the application for insurance coverage, within which you are to be covered by the insurance.

We inform that the data submission is voluntary but necessary to present an insurance offer and to conclude insurance contract, which includes insurance risk assessment.

We would like to inform you that your personal data will be processed for the purposes of identifying the application for insurance coverage, the conclusion of an insurance contract and insurance cover.



We inform you that if your insurance contract is concluded, your personal data will be processed for the purpose of performing it, and in the event of refusal to be covered by insurance, it will only be processed for archival purposes.

We would like to inform you that your application for change of personal data, contact information, request for discontinuation of data processing or objection must be sent to the following e-mail address: customer-care@medisky.pl

Signature of the Dependant / Insured Person _____

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBY ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA WRAZ Z GŁÓWNYM UCZESTNIKIEM

Ja, niżej podpisana/y, w trybie art. 23 ust. 1 pkt 1 i art. 27 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (dalej jako „Ustawa o ochronie danych osobowych”), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym danych o stanie mojego zdrowia, w celu rozpoznania mojego wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową oraz w celu realizacji zawartej na tej podstawie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania oraz prawie pisemnego żądania zaprzestania przetwarzania danych, jak również wniesienia sprzeciwu. W przypadku naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych przysługuję prawo wniesienia skargi do Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych.

Powyzsza zgoda, w trybie art. 23 ust. 2 Ustawy o ochronie danych osobowych, wyrażona jest również na przyszłość.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą przez spółkę **MEDISKY sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie (00-074) ul. Trębacka 4, zarejestrowaną w rejestrze przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 628122, na podstawie powierzenia przetwarzania tych danych, w trybie art. 31 Ustawy o ochronie danych osobowych, przez administratora danych – tj. **LAMP Insurance Company Limited** z siedzibą w Gibraltarze (GX11 1AA) Suite 934 Europort.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe zostały uzyskane na podstawie wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową, w ramach której ma Pani/Pan zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową.

Informujemy, że podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu przedstawienia oferty ubezpieczeniowej i zawarcia umowy ubezpieczenia, w tym oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

Informujemy, że Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpoznania wniosku o objęcie ochroną ubezpieczeniową, zawarcia umowy ubezpieczenia oraz objęcia ochroną ubezpieczeniową.

Informujemy, że w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane w celu jej wykonania, a w przypadku odmowy objęcia ochroną ubezpieczeniową będą przetwarzane jedynie w celach archiwizacyjnych.

Informujemy, że zgłoszenia zmiany danych osobowych, kontaktowych, żądanie zaprzestania przetwarzania danych czy zgłoszenie sprzeciwu należy przesać na adres e-mail: customer-care@medisky.pl

Podpis Osoby zgłoszonej do objęcia Ubezpieczeniem wraz z Głównym Uczestnikiem / Ubezpieczonego _____

Printed name / Imię i nazwisko literami drukowanymi: _____

I, the undersigned, declare that the information supplied is accurate and up-to-date and I filled it in myself.

Ja, niżej podpisany, oświadczam, że dostarczone informacje są dokładne i aktualne oraz złożone przeze mnie osobiście

Signature/Podpis _____

Date/Data _____

For Broker/Agent use only/Wypełnia tylko broker/agent

Broker/Agent Name/Imię i nazwisko brokera/agenta: _____

Broker ID/Nr identyfikacyjny brokera/agenta: _____