

# DEKLARACJA:

- ☐ przystąpienia do Umowy Opieki Medycznej
- ☐ odstąpienia od Umowy Opieki Medycznej
- ☐ zmiany programu w ramach Umowy Opieki Medycznej

## Dotyczy programu Opieki Medycznej:

- ☐ Opieka Plus
- ☐ Opieka Premium
- ☐ Opieka Prestige

## W wariancie:

- ☐ pojedynczym
- ☐ rodzinnym
- ☐ partnerskim

## Rozliczenie:

- ☐ miesięczne
- ☐ roczne



CDT Medicus  
MEDICOVER

## Dane Osoby Uprawnionej Głównej

Nazwisko i imię

PESEL \*\*\*:

data urodzenia

obywatelstwo

płeć

## Adres zamieszkania

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

## Adres korespondencyjny

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

## Dane kontaktowe:

telefon:

e-mail:

## Dane Osób Uprawnionych zgłaszanych przez Osobę Uprawnioną Główną\*

Stopień pokrewieństwa: mąż/żona, partner/ka, dziecko, rodzic.

1.

Nazwisko i imię

PESEL \*\*\*:

data urodzenia

obywatelstwo

płeć

## Adres zamieszkania

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

## Adres korespondencyjny

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

## Dane kontaktowe:

telefon:

e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną\*\*\*\*:

**2.**

Nazwisko i imię

PESEL\*\*\*:

data urodzenia

obywatelstwo

płeć

**Adres zamieszkania**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Adres korespondencyjny**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Dane kontaktowe:**

telefon:

e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną\*\*\*\*:

**3.**

Nazwisko i imię

PESEL\*\*\*:

data urodzenia

obywatelstwo

płeć

**Adres zamieszkania**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Adres korespondencyjny**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Dane kontaktowe:**

telefon:

e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną\*\*\*\*:

**4.**

Nazwisko i imię

PESEL \*\*\*:

data urodzenia

obywatelstwo

płeć

**Adres zamieszkania**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Adres korespondencyjny**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Dane kontaktowe:**

telefon:

e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną\*\*\*\*:

**5.**

Nazwisko i imię

PESEL \*\*\*:

data urodzenia

obywatelstwo

płeć

**Adres zamieszkania**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Adres korespondencyjny**

miasto:

kod pocztowy:

ulica:

nr domu/mieszkania

**Dane kontaktowe:**

telefon:

e-mail:

Stopień pokrewieństwa z Osobą Uprawnioną Główną\*\*\*\*:

\* – o ile dotyczy. \*\* – w przypadku dziecka nie posiadającego nr PESEL, wpisać PESEL matki.

\*\*\* – w przypadku obcokrajowca nie posiadającego nr PESEL, wpisać nr paszportu.

\*\*\*\* – opieką medyczną mogą być objęci wyłącznie: partner Osoby Uprawnionej Głównej pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym (Współmałżonek, Konkubent) i/lub dzieci, tj. dzieci własne przysposobione lub przyjęte na wychowanie dzieci Osoby Uprawnionej Głównej i/lub Współmałżonka lub Konkubenta/Konkubiny, zamieszkujące na stałe w gospodarstwie domowym Osoby Uprawnionej Głównej i będące na jego utrzymaniu – do określonego w OWŚU roku życia.

#### Wyrażam zgodę na:

\* objęcie Umową Opieki Medycznej na warunkach przedstawionych Pracodawcy przez CDT Medicus

\* reprezentowania mnie przez Pracodawcę, w tym do składania wszelkich oświadczeń woli, wcześniej ze mną uzgodnionych, koniecznych do zmiany programów opieki medycznej zawartej na moją rzecz Umowy. Pełnomocnictwo to obejmuje również umocowanie do zmiany moich danych osobowych, wyrażania zgody w moim imieniu na przedłużanie, w tym również na zmienionych warunkach, Umowy na kolejne okresy w formie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Świadczenia Usług.

Potwierdzam, że wszelkie dane zawarte w tej deklaracji są prawdziwe i zgodne z moją najlepszą wiedzą. W razie podania nieprawdziwych informacji CDT Medicus nie ponosi odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu Cywilnego. Zobowiązuję się informować CDT Medicus o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych, jeżeli wystąpią one przed lub po zawarciu Umowy.

☐ Zapoznałem się i akceptuję treść **Ogólnych Warunków Świadczenia Usług** CDT Medicus dostępnych w wersji papierowej w jej siedzibie oraz w siedzibie firmy pracodawcy lub na stronie internetowej [www.cdtmedicus.pl](http://www.cdtmedicus.pl), a także zobowiązuję się do ich przestrzegania.

☐ Zapoznałem się i akceptuję treść **RODO** CDT Medicus dostępnych w wersji papierowej w jej siedzibie oraz w siedzibie firmy pracodawcy lub na stronie internetowej [www.cdtmedicus.pl](http://www.cdtmedicus.pl), a także zobowiązuję się do ich przestrzegania.

#### Data i podpis Osoby Uprawnionej Głównej:

#### Dane Osób Uprawnionych zgłaszanych przez Osobę Uprawnioną Główną\*

|    |  |
|----|--|
| 1. |  |
| 2. |  |
| 3. |  |
| 4. |  |
| 5. |  |