



Deklaracja

zawarcia umowy opieki medycznej w Centrum Medyczne ENEL-MED S.A.

OSOBA UPRAWNIONA

Imię i nazwisko

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy)

Numer PESEL

Telefon kontaktowy

Adres do korespondencji

Adres email

PAKIET OPIEKI MEDYCZNEJ

Rodzaj pakietu

Składka miesięczna

Wybrany pakiet

1. INDYWIDUALNY

163,00 zł

2. PARTNERSKI (partner lub jedno dziecko)

326,00 zł

UWAGA: należy wypełnić dane osoby objętej ochroną poniżej.

3. RODZINNY

454,00 zł

UWAGA: należy wypełnić dane osób objętych ochroną poniżej.

4. SENIOR

221,00 zł

UWAGA: należy wypełnić dane osób objętych ochroną poniżej.

Zakres ochrony zgodnie z Ogólnymi Warunkami Programu i katalogiem świadczeń dostępnymi na stronie www.inzynier-zdrowie.pl

ŚWIADCZENIE USŁUG

Deklaracja złożona do 15 dnia miesiąca oraz składka opłacona do 20 dnia miesiąca powodują zawarcie umowy i możliwość korzystania z usług medycznych od 1 dnia następnego miesiąca. Zmiana pakietu lub odstąpienie od umowy możliwe jest wyłącznie ze skutkiem na koniec roku kalendarzowego.

PŁATNOŚĆ SKŁADKI

Składka płatna jest w ratach miesięcznych na konto 4EAD Sp. z o.o. nr 32 1090 0088 0000 0001 4393 2989.

Płatność pierwszej składki następuje najpóźniej do 20 dnia miesiąca, w którym złożono deklarację.

Kolejne raty składki płatne są do 20 dnia każdego miesiąca.

PAKIET PARTERSKI – osoba objęta ochroną

Współmałżonek/Partner (do 67 lat) **lub Dziecko** (do 18 lat, jeżeli pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym do 26 lat)

Imię i nazwisko

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy)

Numer PESEL

Telefon (tylko osoby pełnoletnie)

PAKIET RODZINNY – osoby objęte ochroną

Współmałżonek/Partner (do 67 lat) **oraz Dzieci** (do 18 lat, jeżeli pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym do 26 lat)*

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon (tylko osoby pełnoletnie) _____

* W przypadku większej ilości dzieci pozostałe dane prosimy podać w odrębnym zestawieniu.

PAKIET SENIOR – osoby objęte ochroną

Rodzic/Teść (bez limitu wieku)*

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon _____

Imię i nazwisko _____

Adres (ulica, miasto, kod pocztowy) _____

Numer PESEL _____

Telefon _____

* W przypadku większej ilości osób pozostałe dane prosimy podać w odrębnym zestawieniu.

PROCEDURA ZAWARCIA UMOWY/PRZYSTĄPIENIA DO PROGRAMU

W celu zawarcia umowy opieki medycznej należy wysłać skan podpisanej deklaracji oraz skan podpisanej klauzuli przetwarzania i ochrony danych osobowych w Centrum Medycznym ENEL-MED. na e-mail: kontakt@inzynier-zdrowie.pl. oraz dokonać opłaty składki.

Następnie otrzymasz potwierdzenie na wskazany e-mail o objęciu opieką medyczną.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zapoznałem się z treścią Klauzuli Informacyjnej 4EAD stanowiącej załącznik do deklaracji zawarcia umowy opieki medycznej w Centrum Medyczne ENEL-MED S.A

Miejscowość i data

Podpis