

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



APPLICATION FORM **FORMULAR DE APLICARE**

CLOVER PLAN **NESACard**

PLEASE COMPLETE ALL RELEVANT WHITE SECTIONS OF THIS FORM IN BLOCK CAPITALS.
ALL INFORMATION IS CONFIDENTIAL!

VĂ RUGĂM SĂ COMPLETAȚI TOATE CÂMPURILE DIN ACEST FORMULAR CU MAJUSCULE.
TOATE INFORMAȚIILE SUNT CONFIDENȚIALE!

SECTION A / SECȚIUNEA A

YOUR PERSONAL DETAILS / DETALIILE DUMNEAVOASTRĂ PERSONALE

Mr. / Mrs. / Ms. Dl. / Dna./ Dra.											
First Name / Prenume											
Family Name / Nume											
Date of Birth / Data nașterii	Day Ziua			Month Luna			Year Anul				
Gender / Sex	M B		F F								
Coordinates/ Coordonate											
Correspondence Address in / Adresa de corespondență											
Home phone no. / Telefon						Mobile phone no. / Mobil					
BUSINESS SECTION SECȚIUNEA PRIVIND OCUPAȚIA											
Occupation / Ocupația						Name of company Denumirea societății					
Business Phone no. / Telefon						Fax Phone no. / Fax					
E-mail / E-mail						Nationality / Naționalitate					
Coordinates in your country of residence / Coordonate în țara dumneavoastră de reședință											
Correspondence Address in / Adresa de corespondență											
Home phone no. / Telefon						Mobile phone no. / Mobil					
Fax Phone no. / Fax						E-mail / E-mail					

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

Subsemnatul declar că informațiile oferite sunt corecte și complete, și eu am fost cel care a completat formularul.

Signature / Semnătura _____

Date / Data _____

SECTION B / SECȚIUNEA B

PEOPLE TO BE INSURED WITH YOU / DEPENDANTS *PERSOANE ASIGURATE CU DUMNEAVOASTRĂ /* *DEPENDENȚI*

Mr. / Mrs. / Ms. Dl. / Dna./ Dra.											
First Name / Prenume											
Family Name / Nume											
Date of Birth / Data nașterii	Day Ziua			Month Luna			Year Anul				
Gender / Sex	M B		F F								
Relationship to you / Relația cu dumneavoastră											

Mr. / Mrs. / Ms. Dl. / Dna./ Dra.											
First Name / Prenume											
Family Name / Nume											
Date of Birth / Data nașterii	Day Ziua			Month Luna			Year Anul				
Gender / Sex	M B		F F								
Relationship to you / Relația cu dumneavoastră											

Mr. / Mrs. / Ms. Dl. / Dna./ Dra.											
First Name / Prenume											
Family Name / Nume											
Date of Birth / Data nașterii	Day Ziua			Month Luna			Year Anul				
Gender / Sex	M B		F F								
Relationship to you / Relația cu dumneavoastră											

continued to page no. 3 / se continuă pe pagina 3



Mr. / Mrs. / Ms. Dl. / Dna./ Dra.											
First Name / Prenume											
Family Name / Nume											
Date of Birth / Data nașterii	Day Ziua			Month Luna			Year Anul				
Gender / Sex	M B			F F							
Relationship to you / Relația cu dumneavoastră											

Signature / Semnătura _____

SECTION C / SECȚIUNEA C

MEDICAL QUESTIONNAIRE / STATE OF HEALTH CHESTIONAR MEDICAL / DECLARAȚIE DE SĂNĂTATE

IMPORTANT! VĂ RUGĂM SĂ CITIȚI!!

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 three years**, for any of the medical problems listed in questions 1-2 below?

Această secțiune solicită detalii legate de starea dumneavoastră de sănătate, din trecut sau din prezent și despre fiecare dintre persoanele enumerate la Secțiunea B. Vă rugăm bifați DA sau NU la fiecare întrebare, pentru fiecare persoană. Dacă bifați DA la o întrebare, vă rugăm să oferiți detalii complete în cadrul secțiunii D din pagina următoare. Asigurați-vă că ne comunicați orice afecțiuni sau simptome cunoscute, chiar dacă nu ați consultat încă un doctor.

Dacă nu ne furnizați informații complete, avem dreptul de a rezilia asigurarea sau de a nu plăti despăgubirile solicitate.

Dumneavoastră sau unul dintre beneficiarii asigurării:

- ✓ Ați/a consultat un medic sau alt practician în domeniul sănătății în **ultimii trei ani?**
- ✓ Ați/a fost internat în spital, ați/a suferit o operație/intervenție medicală sau ați/a efectuat investigații (de ex. radiografii/analize de sange) în **ultimii trei ani**, pentru oricare dintre problemele medicale de la întrebările 1 – 2 de mai jos?

		MM		1		2		3		4	
1	Cancer, tumors or growths e.g. polyps, benign growths, any cancers or pre- cancerous conditions	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
	Cancer, tumori sau excrescențe , de exemplu, polipi, excrescențe benigne, orice tip de cancer sau afecțiuni pre-cancerose										
2	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?	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N	Y	N
		T	N	T	N	T	N	T	N	T	N
	Vreunul dintre beneficiari a prezentat semne sau simptome ale unor tulburări medicale* în ultimele șase luni, indiferent dacă a fost sau nu consultat de un medic?										

***Medical problem** - known medical or psychological condition, manifested by external symptoms persisting for at least 7 days, included in International Statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD), subjected or not subjected to a treatment, occurred in the last three years.

***Tulburare medicală** – stări medicale sau psihologice cunoscute, manifestate prin simptomele externe care persistă timp de cel puțin 7 zile, incluse în Clasificarea statistică internațională a bolilor și problemele de sănătate conexe (ICD), supuse sau care nu au fost supuse unui tratament, care au avut loc în ultimii trei ani

SECTION D / SECȚIUNEA D

ADDITIONAL INFORMATION

INFORMAȚII SUPLIMENTARE

	The relevant question you answered with YES Întrebarea la care ați răspuns cu DA	Please specify as accurately as possible the name of the illness or medical problem*. Vă rugăm să specificați cât mai exact posibil numele bolii sau problemei medicale*.	When did the symptoms started and when was treatment completed? Când s-au manifestat primele simptome și când a fost încheiat tratamentul?	What treatment did you receive and when (please include dates, names and details of medication)? Ce tratament vi s-a administrat și când (indicați date, nume și informații despre medicamente)?	What was the outcome of the treatment (e.g. on- going, complete recovery, recurrent or likely to recur)? Care a fost rezultatul tratamentului (tratamentul continuă, recuperare completă, recurent sau posibil să se repete)?
MM					
1					
2					
3					
4					

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

ATAȘAȚI ORICE DOSAR MEDICAL CARE CREDEȚI CĂ NE-AR PUTEA OFERI O IMAGINE DE ANSAMBLU ASUPRA CONDIȚIILOR DECLARATE!

SECTION E / SECȚIUNEA E

YOUR PAYMENT DETAILS / DETALII DE PLATĂ

Your currency / Moneda de plată	EUR <input type="radio"/>
I am paying by: Plătesc prin:	Credit card <input type="radio"/> Card de credit <input type="radio"/>
	Bank Transfer <input type="radio"/> Transfer bancar <input type="radio"/>

CARD DE CREDIT

To LAMP Insurance Company Limited, I authorise you, until further notice in writing, to charge to my card account, with the premium, 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:

Autorizez LAMP Insurance Company Limited, până la o notificare ulterioară în scris, să rețină din contul meu de card, prima, după cum și când plățile devin scadente. Vă voi anunța imediat dacă voi pierde cardul, dacă va fi furat sau dacă doresc să-mi închid contul de card sau să anulez prezenta.

LAMP Insurance Company Limited.

Master Card

Please note that we do not accept Maestro payments.

Visa

Vă rugăm să aveți în vedere că nu acceptăm plățile cu cardurile Maestro.

Cardholder's name as it appears on the card / Numele titularului de card așa cum apare pe card:

Card number / Număr card:

Valid from date
Valabil de la data
de:

Expires/end date
Expiră la data de:

 - - -
 /
 /

Cardholder's signature / Semnătura titularului de card:

Date / Data:

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



SECTION F / SECȚIUNEA F

YOUR DECLARATION / DECLARAȚIA DUMNEAVOASTRĂ

I, _____ understand the following
Subsemnatul _____ sunt de acord cu următoarele :

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 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. 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 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.

DECLARAȚIE:

Prin prezenta, solicit să devin membru al LAMP Insurance Company Limited.
Accept condițiile de acordare a beneficiilor și limitele prevăzute în termenii poliței de asigurare și sunt de acord să fiu obligat de acești termeni.
Confirm corectitudinea declarațiilor și a informațiilor conținute în această cerere, precum și corectitudinea tuturor celorlalte documente depuse în prezent sau în viitor cu privire la această cerere. Acceptăm că LAMP Insurance Company Limited să se bazeze pe astfel de declarații și informații în cazul în care acceptă această cerere. LAMP Insurance Company Limited își rezervă dreptul de a investiga unde există incertitudini cu privire la valabilitatea informațiilor furnizate.
Subsemnații, solicitantul și dependenții enumerați, suntem de acord să transmitem examenele și testele medicale pe care LAMP Insurance Company Limited le consideră necesare.
Sunt de acord să anunț imediat LAMP Insurance Company Limited printr-o notificare scrisă, în cazul în care vor apărea modificări semnificative la evaluarea acestei cereri înainte de data la care LAMP Insurance Company Limited acordă acceptarea scrisă. Acest aspect va oferi LAMP Insurance Company Limited dreptul de a reconsidera termenii de acceptare

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 _____

CONSIMȚĂMÂNTUL PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ALE MEMBRULUI PRINCIPAL/DEȚINĂTORULUI POLIȚEI

Subsemnatul, în conformitate cu Articolul 23 paragraful 1 punctul 1 și Articolul 27 paragraful 2 punctul 1 din Legea privind protecția datelor cu caracter personal din 29 august 1997 (denumită în continuare „Legea privind protecția datelor”), îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor mele personale, inclusiv a stării mele de sănătate, pentru procesarea cererii de asigurare și pentru executarea contractelor de asigurare încheiate pe această bază.

Declar că am fost informat cu privire la dreptul de a accesa conținutul datelor mele, de a le corecta și de a solicita în formă scrisă încetarea prelucrării datelor mele, precum și cu privire la dreptul meu de a mă opune prelucrării acestora. În cazul încălcării dispozițiilor privind protecția datelor cu caracter personal, am dreptul să depun o plângere la Inspectorul General pentru Protecția Datelor cu Caracter Personal (GIODO). Consimțământul de mai sus, conform Articolului 23 paragraful 2 din Legea privind protecția datelor este, de asemenea, exprimat și pentru viitor.

Vă informăm că datele dumneavoastră personale vor fi prelucrate de MEDISKY sp. z o.o., cu sediul social în Varșovia, 00-074 ul. Trębacka 4, înregistrată la Registrul Comerțului cu numărul KRS: 628122, în baza consimțământului privind prelucrarea acestor date, în temeiul Articolului 31 din Legea privind protecția datelor, de către operatorul de date – de exemplu **LAMP Insurance Company Limited** cu sediul în Gibraltar (GX11 1AA) Suite 934 Europort.

Sunteți informat că transmiterea datelor este voluntară, dar necesară pentru prezentarea unei oferte de asigurare și încheierea unui contract de asigurare care include și evaluarea riscului de asigurare.

Dorim să vă informăm că datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul identificării cererii de asigurare, încheierii unui contract de asigurare și a asigurării.

Vă informăm că, în cazul în care se încheie un contract de asigurare, datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul executării acestuia, iar în cazul refuzului de a fi acoperit de asigurare, aceste vor fi prelucrate numai în scopuri de arhivare.

Dorim să vă informăm că cererea dumneavoastră de modificare a datelor personale, a informațiilor de contact, a cererii de încetare a prelucrării datelor sau obiecțiile trebuie trimise la următoarea adresă de e-mail: customer-care@medisky.pl

Semnătura Membrului Principal/Deținătorului Poliței _____

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 _____



CONSIMȚĂMÂNTUL PRIVIND PRELUCRAREA DATELOR CU CARACTER PERSONAL ALE PERSONEI CE URMEAZĂ A FI ASIGURATĂ ÎMPREUNĂ CU MEMBRUL PRINCIPAL

Subsemnatul, în conformitate cu Articolul 23 paragraful 1 punctul 1 și Articolul 27 paragraful 2 punctul 1 din Legea privind protecția datelor cu caracter personal din 29 august 1997 (denumită în continuare „Legea privind protecția datelor”), îmi exprim consimțământul pentru prelucrarea datelor mele personale, inclusiv a stării mele de sănătate, pentru procesarea cererii de asigurare și pentru executarea contractelor de asigurare încheiate pe această bază.

Declar că am fost informat cu privire la dreptul de a accesa conținutul datelor mele, de a le corecta și de a solicita în formă scrisă încetarea prelucrării datelor mele, precum și cu privire la dreptul meu de a mă opune prelucrării acestora. În cazul încălcării dispozițiilor privind protecția datelor cu caracter personal, am dreptul să depun o plângere la Inspectorul General pentru Protecția Datelor cu Caracter Personal (GIODO). Consimțământul de mai sus, conform Articolului 23 paragraful 2 din Legea privind protecția datelor este, de asemenea, exprimat și pentru viitor.

Vă informăm că datele dumneavoastră personale vor fi prelucrate de MEDISKY sp. z o.o., cu sediul social în Varșovia, 00-074 ul. Trębacka 4, înregistrată la Registrul Comerțului cu numărul KRS: 628122, în baza consimțământului privind prelucrarea acestor date, în temeiul Articolului 31 din Legea privind protecția datelor, de către operatorul de date – de exemplu **LAMP Insurance Company Limited** cu sediul în Gibraltar (GX11 1AA) Suite 934 Europort.

Vă informăm că datele dumneavoastră personale au fost obținute pe baza cererii de asigurare, în cadrul căreia veți beneficia de asigurare. Sunteți informat că transmiterea datelor este voluntară, dar necesară pentru prezentarea unei oferte de asigurare și încheierea unui contract de asigurare care include și evaluarea riscului de asigurare.

Dorim să vă informăm că datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul identificării cererii de asigurare, încheierii unui contract de asigurare și a asigurării.

Vă informăm că, în cazul în care se încheie un contract de asigurare, datele dumneavoastră cu caracter personal vor fi prelucrate în scopul executării acestuia, iar în cazul refuzului de a fi acoperit de asigurare, aceste vor fi prelucrate numai în scopuri de arhivare.

Dorim să vă informăm că cererea dumneavoastră de modificare a datelor personale, a informațiilor de contact, a cererii de încetare a prelucrării datelor sau obiecțiile trebuie trimise la următoarea adresă de e-mail: **customer-care@medisky.pl**

Semnătura dependentului/persoanei asigurate _____

Printed name / Numele: _____

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

Subsemnatul declar că informațiile oferite sunt corecte și complete, și eu am fost cel care a completat formularul.

I declare that I have received the General Terms and Conditions (Policy Wording) of NESACARD insurance and I read it.

Declar că am primit un exemplar al Termenilor și Condițiilor Generale ale asigurării NESACARD, pe care l-am citit.

Signature / Semnătura _____

Date / Data _____

For Broker / Agent use only / Se va utiliza doar de către Broker / Agent

Broker / Agent Name / Numele Brokerului / Agentului: _____

Broker ID / Numărul Brokerului / Agentului: _____