



**Deklaracja  
przystąpienia do ubezpieczenia w podróży zagranicznej  
dla Klientów kluczowych Grupy LUX MED**

Zgłaszam chęć przystąpienia do ubezpieczenia w podróży zagranicznej dla Klientów kluczowych Grupy LUX MED:

Poniżej przekazuję swoje dane

Imię	
Nazwisko	
PESEL*	
Data urodzenia	
Nr karty pacjenta	
Nazwa Firmy w ramach, której pacjent posiada uprawnienia do ubezpieczenia	
Ubezpieczający	LUX MED Sp. z o.o.
Wariant ubezpieczenia	pierwszy

\*Pole PESEL jest obowiązkowe do uzupełnienia z wyjątkiem obcokrajowców i dzieci do 3 m-ca życia

W celu przesłania potwierdzenia ubezpieczenia prosimy o podanie adresu e-mail:

Adres e-mail	
--------------	--

W przypadku braku adresu e-mail:

Adres do korespondencji	
-------------------------	--

**Uwaga:**

Przesłane zgłoszenie będzie podlegało weryfikacji w celu potwierdzenia uprawnień do ubezpieczenia.

W przypadku niepodania pełnych danych osobowych, powodujących brak możliwości dokonania weryfikacji uprawnień, dokument zostanie zwrócony do nadawcy w celu jego uzupełnienia.



## Procedura przystąpienia do ubezpieczenia



### Przesłanie Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia

małowo na adres: [zgloszenia1@allianz.pl](mailto:zgloszenia1@allianz.pl)  
lub listownie na **Allianz Global Assistance - Dział Sprzedaży Ubezpieczeń Turystycznych**  
**ul. Domaniewska 50B, 02-672 Warszawa**  
Dopisek: "LUX MED - Aktywacja ubezpieczenia kosztów leczenia w podróży zagranicznej"



### Przesłanie przez Allianz potwierdzenia wypełnienia deklaracji wiadomością zwrotną



### Weryfikacja uprawnień do ubezpieczenia

Osoba przystępująca  
**posiada uprawnienia do ubezpieczenia**

Zgłoszenie przesłano  
**do 24. dnia miesiąca**

Zgłoszenie przesłano  
**po 24. dniu miesiąca**

Osoba przystępująca  
**nie posiada uprawnień  
do ubezpieczenia**

Ochrona ubezpieczeniowa  
rozpoczyna się  
**z 1. dniem następnego  
miesiąca**

Ochrona ubezpieczeniowa  
rozpoczyna się  
**z 1. dniem drugiego  
miesiąca**  
następującego po dacie  
otrzymania zgłoszenia

Allianz przesyła informację o braku ochrony wraz  
z podaniem przyczyny, w terminie do końca miesiąca  
poprzedzającego rozpoczęcie ochrony  
ubezpieczeniowej