

Instrukcja wypełniania e-Deklaracji_Samozgłaszanie

Proces przystąpienia do ubezpieczenia w naszym systemie składa się z dwóch części:

- I. Założenie konta przez osobę przystępującą do ubezpieczenia jako pracownik
- II. Złożenie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia
- III. Zalecenia dla osób, które posiadają konto w systemie

I. Założenie konta

1. Aby założyć konto w systemie e-deklaracji wejdź na stronę <https://edeklaracje.ubezpieczenia-luxmed.pl/client/code>, wpisz kod dostępu otrzymany od Pracodawcy i kliknij przycisk „Wejdź”

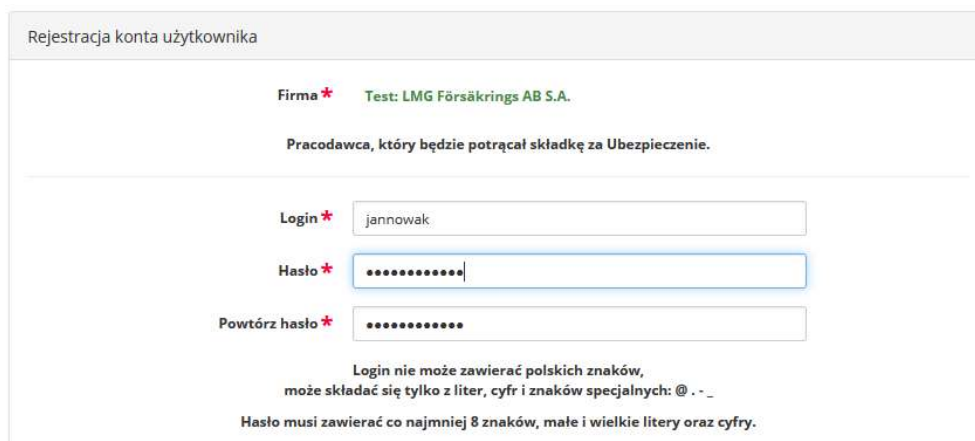


Zarejestruj konto użytkownika przy pomocy kodu dostępu

Kod dostępu

Wejdź

2. Zostaniesz przekierowany na stronę do rejestracji konta użytkownika
3. Nadaj swój login oraz wprowadź hasło, którego będziesz używał podczas korzystania z aplikacji. Pola oznaczone * są obowiązkowe.



Rejestracja konta użytkownika

Firma * Test: LMG Försäkrings AB S.A.

Pracodawca, który będzie potrącał składkę za Ubezpieczenie.

Login * jannowak

Hasło *

Powtórz hasło *

Login nie może zawierać polskich znaków,
może składać się tylko z liter, cyfr i znaków specjalnych: @ . - _

Hasło musi zawierać co najmniej 8 znaków, małe i wielkie litery oraz cyfry.

4. Uzupełnij pozostałe wymagane dane. Pola oznaczone * są obowiązkowe.

Jeżeli jesteś obywatelem Polski, pole **Numer** uzupełnij swoim numerem PESEL.

Jeśli jesteś obywatelem innego kraju, zmień obywatelstwo na zgodne z rzeczywistym, wybierz z listy jeden z dostępnych rodzajów dokumentów oraz wpisz serię i numer dokumentu w polu **Numer**.
Zwróć uwagę na poprawność wpisywanego adresu e-mail, który jest wykorzystywany w komunikacji na platformie.

Imię * Ewa

Nazwisko * Testowa

Obywatelstwo * Polska

Rodzaj dokumentu * Numer PESEL

Numer *

Numer dokumentu wykorzystywany jest na potrzeby przystąpienia do ubezpieczeń w platformie oraz jako główna dana identyfikująca.

E-mail * ewatestowa@test.pl

Telefon

E-mail wykorzystywany jest w komunikacji na platformie.

Nazwisko panięskie matki (dwuetapowa weryfikacja) *

Nazwisko panięskie matki, będzie użyte przy dwuetapowej weryfikacji w trakcie odzyskiwania danych użytkownika.

5. Zaakceptuj obowiązkowo regulamin i politykę prywatności oraz dobrowolnie chęć otrzymywania newslettera.

Akceptacja regulaminu i polityki prywatności. *

Dane osobowe będą przetwarzane w celu realizacji umowy o świadczenie usług zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie, co m.in. uwzględni informowanie o wygasaniu ochrony ubezpieczeniowej. Podanie danych osobowych jest dobrowolne i jest warunkiem zawarcia umowy, a niepodanie danych osobowych uniemożliwi zawarcie umowy o świadczenie usług.

Chciałbym być na bieżąco z nowymi produktami i zniżkami (newsletter e-mail).

Dane osobowe będą przetwarzane w celu wysyłki informacji handlowych przez administratora danych, w tym informacje o możliwości uzyskania dodatkowych zniżek oraz informacje o zmianach w ofercie. Dane będą przetwarzane wyłącznie na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niepodanie danych osobowych uniemożliwi podjęcie działań związanych z wysyłką informacji handlowych świadczenie usług drogą elektroniczną. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych może być wycofana w każdym czasie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Pola oznaczone * są obowiązkowe w celu rejestracji konta użytkownika.

6. Kliknij przycisk „Zarejestruj” znajdujący się na dole strony.

Zarejestruj

Wróć

Zakończyłeś proces zakładania konta. Zostaniesz przekierowany na stronę, na której możesz wypełnić eDeklarację.

II. Złożenie deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia

1. Kliknij przycisk „Wypełnij eDeklarację” znajdujący się po lewej stronie ekranu

▶ Moje ubezpieczenia

▶ Wypełnij eDeklarację

2. Zaznacz jedną lub więcej z dostępnych ofert, do których chcesz przystąpić

DOSTĘPNE OFERTY (zaznacz oferty, w których ma być ubezpieczony przystępujący)

Ortopedia NNW - Szpitalny

Pełna Opieka - szpitalny

Standardowy Specjalistyczny - Ambulatorium

Rozszerzony Plus - Ambulatorium

3. Uzupełnij obowiązkowe pola oznaczone * a następnie:
 - a. w przypadku, gdy chcesz przystąpić do ubezpieczenia w **Wariantcie Indywidualnym** (bez członków rodziny) kliknij „Przejdź do podsumowania”

Jeśli dane w podsumowaniu szczegółów deklaracji się zgadzają, kliknij „Zapisz”. Jeśli chcesz poprawić lub zmienić szczegóły deklaracji kliknij „Wróć” i zmień ofertę lub dane na deklaracji. Po dokonaniu zmian ponownie przejdź do podsumowania a następnie zapisz dane

DANE OSOBOWE	ADRES ZAMIESZKANIA
Imię* Domi	Kraj* Polska
Nazwisko* Morcikowska	Kod pocztowy* 11-111
Obywatelstwo* Polska	Miejscowość* ABC
Rodzaj dokumentu* Numer PESEL	Ulica* DEF
Numer* 86091624073	Numer domu* 1
E-mail* domimorcikowska@test.pl	Numer lokalu
Telefon* +48 111111111	<input type="checkbox"/> Jeśli adres korespondencyjny inny niż zamieszkania zaznacz i wypełnij dodatkowe dane.

Uwaga! Pola formularza oznaczone * są obowiązkowe.

▶ Przejdź do podsumowania

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE

GRUPA LUXMED

luxmed.pl

Przystępujący 1 Lista deklaracji 1

Przystępujący: Główny ubezpieczony

Status	Wymaga akceptacji Wymaga ankiety medycznej	Adres zamieszkania	DEF 1 11-111, ABC Polska
Imię i Nazwisko	Domi Morcikowska	E-mail	domimorcikowska@test.pl
Obywatelstwo	Polska	Telefon	111111111
Rodzaj dokumentu	Numer PESEL		
Numer	86091624073		
Płeć	Mężczyzna		
Data urodzenia	1986-09-16		

NAZWA OFERTY	PAKIET	PROPONOWANY POCZĄTEK ZMIANY
Pełna Opieka	Indywidualny	2023-06-01

[Wróć](#) [Zapisz](#)

Jeżeli prawidłowo wypełniłeś e-Deklarację do 20 dnia miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa będzie aktywowana od 1 dnia kolejnego miesiąca.

W przypadku wypełnienia e-Deklaracji po 20 dniu miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa zostanie aktywowana od drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypełniłeś e-Deklarację.

- b. w przypadku gdy chcesz dodać członka najbliższej rodziny (współmałżonek, partner lub dziecko) kliknij „Partner pracownika” lub „Dziecko pracownika” a następnie zaznacz jedną lub więcej ofert, do których chcesz zgłosić każdego z członków rodziny nad danymi każdej osoby możesz wybrać spośród ofert, które zaznaczyłeś dla siebie).
Uzupełnij obowiązkowe pola oznaczone *. Jeśli adres członka rodziny jest taki sam jak Twój, możesz skorzystać z przycisku:

[Kliknij, aby uzupełnić adres](#)

Przystępujący: Dziecko [Kliknij, aby uzupełnić adres](#) [Usuń](#)

DOSTĘPNE OFERTY (zaznacz oferty, w których ma być ubezpieczony przystępujący)

Ortopedia NNW - Szpitalny Pełna Opieka - szpitalny Standardowy Specjalistyczny - Ambulatorium Rozszerzony Plus - Ambulatorium

DANE OSOBOWE

Imię*

Nazwisko*

Obywatelstwo*

Rodzaj dokumentu*

Numer*

E-mail*

Telefon*

ADRES ZAMIESZKANIA

Kraj*

Kod pocztowy*

Miejscowość*

Ulica*

Numer domu*

Numer lokalu

Jeśli adres korespondencyjny inny niż zamieszkania zaznacz i wypełnij dodatkowe dane.

Na podany adres e-mail zostanie wysłany link autoryzacyjny w celu akceptacji warunków ubezpieczenia oraz przeprowadzeniu ankiety medycznej (jeśli jest to wymagane) przez osobę przystępującą. W przypadku niepełnoletniego dziecka ankietę medyczną oraz akceptację wypełnia opiekun prawny.

Po uzupełnieniu danych członków rodziny kliknij „Przejdź do podsumowania”.

Jeśli dane w podsumowaniu szczegółów deklaracji się zgadzają, kliknij „Zapisz”. Jeśli chcesz poprawić lub zmienić szczegóły deklaracji kliknij „Wróć” i zmień ofertę lub dane na deklaracji. Po dokonaniu zmian ponownie przejdź do podsumowania a następnie zapisz dane.

4. Zaakceptuj przystąpienie do ubezpieczenia i zaznacz wymagane oświadczenia oraz wypełnij ankietę medyczną – jeśli jest wymagana. Zapisz wprowadzone dane.

Ważne:

Do dorosłych członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zostanie wysłany link z prośbą o akceptację przystąpienia do ubezpieczenia, zaznaczenie wymaganych oświadczeń oraz wypełnienie ankiety medycznej – jeśli jest wymagana.

W przypadku niepełnoletnich członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia, akceptacji przystąpienia do ubezpieczenia, zaznaczenia wymaganych oświadczeń oraz wypełnienia ankiety medycznej – jeśli jest wymagana dokonuje rodzic lub opiekun prawny poprzez kliknięcie w link wysłany na adres e-mail wskazany w e-deklaracji.

Brak akceptacji przystąpienia do ubezpieczenia oraz niezaznaczenie obowiązkowych oświadczeń przez wszystkich członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia, spowoduje brak aktywacji ubezpieczenia dla wszystkich zgłoszonych osób (w tym Pracownika).

Jeżeli prawidłowo wypełniłeś e-Deklarację do 20 dnia miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa będzie aktywowana od 1 dnia kolejnego miesiąca.

W przypadku wypełnienia e-Deklaracji po 20 dniu miesiąca, Twoja ochrona ubezpieczeniowa zostanie aktywowana od drugiego miesiąca następującego po miesiącu, w którym wypełniłeś e-Deklarację.

III. ZALECENIA DLA OSÓB, KTÓRE POSIADAJĄ KONTO W SYSTEMIE

1. Jeśli posiadasz już konto w systemie w pierwszej kolejności zaloguj się za pomocą swojego loginu i hasła: <https://edeklaracje.ubezpieczenia-luxmed.pl/account/login> a następnie kliknij w link <https://edeklaracje.ubezpieczenia-luxmed.pl/client/code> , wpisz kod dostępu otrzymany od Pracodawcy i kliknij przycisk „Wejdz”

Zarejestruj konto użytkownika przy pomocy kodu dostępu

Kod dostępu

Wejdz

2. Zostaniesz przeniesiony na swoje konto.
3. Aby wypełnić deklarację kliknij w „Ubezpieczenie LUX MED.” Znajdujący się w lewej górnej części ekranu

LMG FÖRSÄKRINGS AB S.A.
ODDZIAŁ W POLSCE
GRUPA LUXMED

Ubezpieczenie LUX MED

4. Jeśli posiadasz już deklarację, kliknij „Zmień zakres ubezpieczenia” i wypełnij nową deklarację

[▶ Zmień zakres ubezpieczenia](#)

Jeśli nie posiadasz żadnej deklaracji kliknij „Wypełnij deklarację” i wypełnij deklarację

[▶ Wypełnij eDeklarację](#)

5. Kontynuuj wypełnianie deklaracji zgodnie z powyższymi krokami od II. 2