





**Part 2 – PATIENT CONSENT AND WAIVER FORM  
FOR CONSULTATION SERVICES**

**Część 2 – FORMULARZ ZGODY PACJENTA I ZRZECZENIA SIĘ  
ROSZCZEŃ PRZY USŁUGACH KONSULTACYJNYCH**

Podanie nazwisk lekarzy prowadzących nie jest obowiązkowe

<b>Physician's Name:</b> <i>Nazwisko lekarza:</i>		
<b>Phone:</b> <i>Telefon:</i>	<b>Fax:</b> <i>Fax:</i>	<b>E-mail:</b> <i>E-mail:</i>

<b>2<sup>nd</sup> Physician's Name:</b> <i>Nazwisko drugiego lekarza:</i>		
<b>Phone:</b> <i>Telefon:</i>	<b>Fax:</b> <i>Fax:</i>	<b>E-mail:</b> <i>E-mail:</i>

<b>3<sup>rd</sup> Physician's Name:</b> <i>Nazwisko trzeciego lekarza:</i>		
<b>Phone:</b> <i>Telefon:</i>	<b>Fax:</b> <i>Fax:</i>	<b>E-mail:</b> <i>E-mail:</i>

By signing below, I authorize the above mentioned physician(s) to release my medical records and related documentation, including x-rays, films, slides and other diagnostic information (collectively, my "Personal Information") to WorldCare USA, and authorize WorldCare employees or agents to digitize my Personal Information.

*Poprzez złożenie poniżej swojego podpisu upoważniam wyżej wymienionego (-ych) lekarza (-y) do udostępnienia mojej kartoteki medycznej i związanej z tym dokumentacji, w tym zdjęć rentgenowskich i wyników innych badań obrazowych oraz innych informacji diagnostycznych (zbiorowo nazwanych moimi "danymi osobowymi"), na rzecz WorldCare USA, oraz upoważniam pracowników lub przedstawicieli WorldCare do przetwarzania cyfrowego moich danych osobowych.*

I authorize the digitized "Personal Information" to be sent to a hospital that will select one or more physicians to review the "Personal Information" and provide a consultation or second opinion report answering specific questions posed by my physician. I understand that the report will be sent directly to my physician, and that my physician remains responsible for my primary diagnosis and treatment. Neither WorldCare nor MetLife TUnŽiR S.A. (previously Amplico Life S.A.) bear any responsibility regarding treatment decisions connected or not directly or indirectly with the provision of second opinion, at any time.

*Zgadzam się na przesłanie przetworzonych cyfrowo „danych osobowych” do szpitala, który wybierze jednego lub więcej lekarzy w celu dokonania oceny „danych osobowych” oraz zapewni konsultację lub drugą opinię, stanowiącą odpowiedź na określone pytania, zadane przez mojego lekarza. Rozumiem, że opinia ta będzie przesłana za moją pisemną zgodą do mojego lekarza, oraz że mój lekarz nadal ponosi odpowiedzialność za moją pierwszą diagnozę i leczenie. Ani WorldCare, ani MetLife TUnŽiR S.A. (poprzednio Amplico Life S.A.) w żadnym momencie nie ponoszą jakiegokolwiek odpowiedzialności w związku z decyzjami dotyczącymi leczenia, niezależnie od tego, czy są one pośrednio lub bezpośrednio związane z drugą opinią.*

(Continued overleaf – Ciąg dalszy na odwrocie)

(Continued from overleaf – *Ciąg dalszy z poprzedniej strony*)

I acknowledge that 21052441 at I accept full responsibility for any risks associated with the quality and precision of the translation of my "Personal Information".

*Potwierdzam, iż przyjmuję pełną odpowiedzialność za wszelkie ryzyko związane z jakością i precyzją tłumaczenia moich "danych osobowych".*

I am aware:

*Jestem świadom (-a):*

- Of the reason(s) why my physician or I wish to obtain the consultation or second opinion and any associated benefits, risks or consequences, including quality of provided second opinion.
- That WorldCare and the hospital and physician(s) receiving the Personal Information have taken steps to protect its confidentiality in accordance with applicable law, and that the Personal Information will not be shared with any other person or entity without my prior consent.
- *Powodu (-ów), z którego (-ych) mój lekarz lub ja chcemy uzyskać konsultację lub drugą opinię, oraz wszelkich związanych z tym korzyści, zagrożeń lub konsekwencji, w tym jakości dostarczonej drugiej opinii.*
- *Iż WorldCare oraz szpital i lekarz(-e), otrzymujący dane osobowe, podjęli odpowiednie kroki w celu zapewnienia ochrony ich poufności zgodnie z obowiązującym prawem, oraz że dane osobowe nie będą ujawniane żadnej innej osobie ani instytucji bez mojej uprzedniej zgody.*

Niniejszym, zgodnie z postanowieniami art. 23 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, zarówno obecnie, jak i w przyszłości, przez WorldCare International Ltd. z siedzibą w One Cambridge Center, Cambridge MA 02142, USA, oraz przez przedstawicielstwo WorldCare International Ltd. w Warszawie Żyj Zdrowo Sp. z o.o. z siedzibą: 05-092 Łomianki, ulica Ferrytowa 16; adres korespondencyjny 02-793 Warszawa, ulica Przy Bażantarni 11 dla celów związanych z zawartą umową ubezpieczenia *Telediagnoza ze specjalnym świadczeniem szpitalnym.*

Niniejszym oświadczam, że jestem świadomy, iż podanie moich danych osobowych jest dobrowolne, oraz że mam prawo wglądu do moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania.

Nie wyrażenie zgody na przetwarzanie cyfrowe danych uniemożliwi wykonanie konsultacji.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature\*  
*Podpis pacjenta\**

\_\_\_\_\_  
Date of Birth  
*Data urodzenia*

\_\_\_\_\_  
Parent, Guardian or Other  
Legally Authorized  
Signature (if applicable)\*  
*Podpis rodzica, opiekuna lub  
innej uprawnionej osoby (jeżeli  
dotyczy)\**

\_\_\_\_\_  
Date *Data*

If the patient is a minor, incapacitated or mentally incompetent such that the patient is unable to give informed consent, signature must be obtained from the person legally authorized to give consent on behalf of the patient in the patient's state of residence (e.g., parent or guardian).

*Jeżeli pacjent jest osobą niepełnoletnią, nie posiada zdolności prawnej lub nie jest w pełni władz umysłowych, tak iż nie jest w stanie udzielić takiej zgody, należy uzyskać podpis osoby prawnie do tego upoważnionej w imieniu pacjenta w kraju zamieszkania pacjenta (np. rodzica lub opiekuna).*



## Part 3 – MEDICAL INFORMATION SUBMISSION PROTOCOL

### Część 3 – PROTOKÓŁ PRZEDŁOŻENIA INFORMACJI MEDYCZNYCH

By signing below I acknowledge that the following documents and medical certificates have been submitted to WorldCare for the purpose of the second opinion coverage.

*Poprzez złożenie poniżej podpisu potwierdzam, że następujące dokumenty i zaświadczenia medyczne zostały przedłożone WorldCare w celu uzyskania drugiej opinii.*

List of submitted material - *Lista przedłożonych materiałów* \*:

a) Documents - *Dokumenty*:

Description - <i>Opis</i>	Author - <i>Autor</i>	Date - <i>Data</i>

\* Jeśli zabraknie miejsca, prosimy uzupełnić listy na odrębnej kartce wg podanego wzoru a),b)c)

b) Medical Exams - *Badania lekarskie*:

Description - <i>Opis</i>	Origin (Lab) - <i>Pochodzenie (laboratorium)</i>	Date - <i>Data</i>

\* Jeśli zabraknie miejsca, prosimy uzupełnić listy na odrębnej kartce wg podanego wzoru a),b)c)

c) Films /Other material – *Wyniki badań obrazowych /Inne materiały*:

Description - <i>Opis</i>	Origin (Lab) - <i>Pochodzenie (laboratorium)</i>	Date - <i>Data</i>

\* Jeśli zabraknie miejsca, prosimy uzupełnić listy na odrębnej kartce wg podanego wzoru a),b)c)

\_\_\_\_\_  
Insured's Signature for Delivery of  
"Personal Information"  
*Podpis Ubezpieczonego  
potwierdzający dostarczenie „danych  
osobowych”*

\_\_\_\_\_  
Authorised Signature for  
Submission of "Personal  
Information"  
*Podpis upoważnionego  
potwierdzający przedłożenie  
„danych osobowych”*

\_\_\_\_\_  
Date  
*Data*