Wniosek o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia Polisa Optima

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy Insurance Expert Sp. z o.o.

NIP 9 5 1 2 3 5 2 4 3 9 REGON 1 4 2 9 0 0 3 8 6 Nr KRS 0 0 0 0 3 8 3 4 3 9

Sąd Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS

Adres Al. Jerozolimskie 99 lok. 32, 02-001 Warszawa

Telefon 2 2 4 6 2 8 3 4 0 Fax 2 2 4 6 2 8 3 4 9 e-mail biuro@insuranceexpert.pl

2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wnioskowany początek ubezpieczenia __ __ __ __ __ __

Pakiet		Lazurowy iExpert z dopłatami	Bursztynowy iExpert z dopłatami	Bursztynowy iExpert bez dopłat	Składka
Indywidualny		☐	☐	☐	
Partner		☐	☐	☐	
Rodzinny		☒	☐	☐	169,00 zł

3. UBEZPIECZENI

Główny Ubezpieczony

Imię i nazwisko _____ PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres _____

Telefon komórkowy __ __ __ __ __ __ __ __ __ e-mail _____

Ubezpieczony I

Imię i nazwisko _____ PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres _____

Telefon komórkowy __ __ __ __ __ __ __ __ __ e-mail _____

Ubezpieczony II

Imię i nazwisko _____ PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres _____

Telefon komórkowy __ __ __ __ __ __ __ __ __ e-mail _____

Ubezpieczony III

Imię i nazwisko _____ PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres _____

Telefon komórkowy __ __ __ __ __ __ __ __ __ e-mail _____

Ubezpieczony IV

Imię i nazwisko _____ PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Adres _____

Telefon komórkowy __ __ __ __ __ __ __ __ __ e-mail _____

4. DANE DO PŁATNOŚCI

Odbiorca: iExpert.pl SA
Alior Bank 31 2490 0005 0000 4600 3829 0909
W tytule przelewu prosimy o podanie nazwiska głównego ubezpieczonego

☐ Załącznik - Dowód wpłaty składki

miejscowość i data	pieczęć i podpis przedstawiciela TU Zdrowie	podpis Głównego Ubezpieczonego

Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna
Kapitał zakładowy w wysokości 20 950 000 zł. opłacony w całości,
Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VIII Wydział Gospodarczy,
KRS 0000362027, NIP 5862257567, REGON 221064894
Siedziba: ul. Śląska 21, 81-319 Gdynia, tel. 58 728 9 55

Kontakt do opiekuna grupy:
Klaudia Kampioni
E-Mail: zdrowie@iexpert.pl
Tel: (22) 100 26 05

kod promocyjny: _____ kod agenta: Agentiex101

Oświadczenia

1. Oświadczam, iż dane przekazane Ubezpieczającemu Insurance Expert Sp. z o.o. w celu przystąpienia do Grupowej Umowy Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA są kompletne i zgodne z prawdą oraz zobowiązuję się informować Ubezpieczającego lub Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.

2. Oświadczam, że zostałem poinformowany, zgodnie z art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych, że:
a. administratorem moich danych osobowych (oraz danych osobowych członków mojej rodziny w opcji rodzinnej ubezpieczenia) jest Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA z siedzibą w Gdyni ul. Śląska 21;
b. mam prawo do wglądu moich danych osobowych oraz prawo ich poprawiania;
c. moje dane (i mojej rodziny w opcji rodzinnej i partnerskiej ubezpieczenia), tym dane dotyczące udzielonych usług medycznych mogą być wykorzystywane w celu wykonania przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA umowy ubezpieczenia.

3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (i członków mojej rodziny w opcji partnerskiej lub rodzinnej ubezpieczenia) podanych przez mnie, w tym danych dotyczących, lub mających wpływ na stan mojego zdrowia (lub członków mojej rodziny) przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE SA w celu realizacji umowy ubezpieczenia, a także na przekazanie danych do operatora medycznego odpowiedzialnego, za organizację usług medycznych oraz do Placówek Medycznych, które będą udzielały usług medycznych (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm. i z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej Dz. U. 2003, Nr 124, poz. 1151 ze zm.).

4. Upoważniam Towarzystwo Ubezpieczeń do zasięgania, zgodnie z obowiązującym prawem, wszelkich informacji dotyczących stanu mojego zdrowia (oraz stanu zdrowia członków mojej rodziny w opcji partnerskiej lub rodzinnej) od każdego lekarza, u którego leczyłem(am) się lub zasięgałem(am) porady medycznej, a także we wszystkich placówkach medycznych, które udzielały mi (lub członkom mojej rodziny) usług medycznych.

5. Niniejszym potwierdzam, iż udostępnione zostały mi (oraz członkom mojej rodziny):

- Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA o kodzie nr OWU/03/2016 zatwierdzone Uchwałą Zarządu nr UZ/06/2016 Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w dniu 21.01.2016,
- Katalog Świadczeń grupowego ubezpieczenia POLISA OPTIMA dla Klientów Insurance Expert Sp. z o.o. o kodzie KS/02/2017 przyjęty 14.02.2017.na mocy uchwały Zarządu UZ/06/2017
- Informacja o Procedurze Reklamacyjnej.

Niniejsze dokumenty otrzymałem/łam przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia i wyrażeniem zgody na objęcie ochroną oraz przed wyrażaniem zgody na sfinansowanie składki. Niniejszym wyrażam zgodę na objęcie mnie i członków mojej rodziny ubezpieczeniem na tych warunkach.

6. Oświadczam, że zgodnie z art. 60, 61 § 1 i 63 § 1 Kodeksu cywilnego (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późn. zm.) posiadam upoważnienie Ubezpieczonego/nych do składania powyższych oświadczeń woli w jego imieniu. Świadomie przyjmuję do wiadomości, iż brak upoważnień uniemożliwia realizację umowy ubezpieczenia (dotyczy tylko opcji rodzinnej i partnerskiej ubezpieczenia).

7. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi przez Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. korespondencji, w tym oświadczeń woli drogą elektroniczną na adres e-mailowy podany we wniosku lub na podany numer telefonu komórkowego. Jednocześnie zobowiązuję się w przypadku zmiany adresu e-mailowego lub numeru telefonu komórkowego do niezwłocznego przekazania nowych danych Towarzystwu Ubezpieczeń ZDROWIE SA.

8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez iExpert.pl SA, z siedzibą w Warszawie Al. Jerozolimskie 99/32, 02-001 Warszawa KRS 426530 (jako administratora danych) w celu umożliwienia:

☐ zawarcia, wykonywania (obsługi) i odnowienia umowy ubezpieczenia za pośrednictwem iExpert.pl SA,

☐ kontaktu poprzez email (to znaczy otrzymywania drogą elektroniczną informacji handlowych od iExpert.pl SA w rozumieniu ustawy o świadczeniu usług drogą elektroniczną),

☐ kontaktu poprzez sms i telefon (to znaczy na wykorzystywanie przez iExpert.pl SA telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego w rozumieniu przepisów ustawy prawo telekomunikacyjne).

Bez Pani/Pana zgody dane osobowe nie będą udostępniane innym odbiorcom danych. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz możliwość ich poprawiania. Zgody w w wyżej określonym zakresie udziela Pani/Pan dobrowolnie.

miejscowość i data	pieczęć i podpis przedstawiciela TU Zdrowie	podpis Głównego Ubezpieczonego