

Wniosek o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia Polisa Optima

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy **Progressive Brokers SA**

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 7 1 7 5 6 8

Sąd **Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS**

Adres **Al. Jerozolimskie 99 lok. 12, 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@p-b.pl**

2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wnioskowany początek ubezpieczenia __ __ __ __ __ __ __ __

Pakiet

	Lazurowy iExpert (Podstawowy)	Bursztynowy iExpert (Rozszerzony)	Bursztynowy iExpert (Pełny)	Składka miesięczna w złotych
Indywidualny	49 zł	99 zł	139 zł	
Rodzinny	169 zł	349 zł	489 zł	

3. UBEZPIECZENI

Główny Ubezpieczony

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

Ubezpieczony I

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

Ubezpieczony II

Imię i nazwisko _____ PESEL _____
Adres _____
Telefon _____ e-mail _____

Ubezpieczony III

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

Ubezpieczony IV

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ 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

miejsowość 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 17, 81-319 Gdynia, tel. 58 888 2 999

Kontakt do opiekuna grupy:

Klaudia Kampioni
E-Mail: zdrowie@iexpert.pl
Tel: 502 913 553

kod promocyjny:

kod agenta:

Oświadczenia

1. Oświadczam, iż dane przekazane Ubezpieczającemu Progressive Brokers SA w celu przystąpienia do Grupowej Umowy Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA dla Klientów iExpert 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 Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r (RODO), 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 art. 38. Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015 poz. 1844 z późn zmianami) oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r (RODO)).
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/06/2018 zatwierdzone Uchwałą Zarządu nr UZ/20/2018 Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. w dniu 25.04.2018,
 - Katalog Świadczeń grupowego ubezpieczenia POLISA OPTIMA dla klientów iExpert o kodzie KS/02/2017 zatwierdzony Uchwałą Zarządu nr UZ/06/2017.
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.
9. Informacje o dystrybutorze iExpert.pl SA oraz dokumenty dotyczące przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie internetowej <https://iexpert.pl/informacje-dla-klientow>.

miejsowość 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 17, 81-319 Gdynia, tel. 58 888 2 999

Kontakt do opiekuna grupy:
Klaudia Kampioni
E-Mail: zdrowie@iexpert.pl
Tel: 502 913 553