

Wniosek o zawarcie grupowego ubezpieczenia Polisa Optima

1. UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa firmy _____

NIP _____ REGON _____ Nr KRS _____ Sąd _____

Adres _____

Telefon _____ Fax _____ e-mail _____

Rodzaj prowadzonej działalności (EKD + opis) _____

Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy (imię, nazwisko, stanowisko) _____

Osoba kontaktowa (imię, nazwisko, telefon, adres e-mail) _____

2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wnioskowany początek ubezpieczenia ____ ____ ____

Pakiety Kompleksowe	Morski	Lazurowy	Bursztynowy	Pertowy	Składka
Indywidualny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1,05 PLN
Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	____
Rodzinny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2,87 PLN

Składka za najniższy wariant ochrony finansowana przez pracodawcę: W całości W części (w zł): ____

3. UBEZPIECZENI

Opis grupy zgłaszanej do ubezpieczenia (rodzaj wykonywanej pracy) _____

Liczba zatrudnionych pracowników ogółem _____ Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia _____

- pakiety rodzinne

Liczba pracowników zgłaszanych do ubezpieczenia _____ Liczba pracowników zgłoszonych do ubezpieczenia łącznie _____

4. ZAŁĄCZNIKI

- Wykaz osób zgłoszonych do ubezpieczenia
- Dowód wpłaty składki
- Deklaracje przystąpienia szt. ____

Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna
Kapitał zakładowy w wysokości 21 950 000 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 9 555.

Kontakt do opiekuna grupy:
Małgorzata Tomala
E-Mail: zdrowie@iexpert.pl
Tel: (22) 100 26 28

kod promocyjny:

kod agenta:

Agentiex101

Oświadczenia

Ubezpieczający niniejszym potwierdza, że znane są mu: Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA Towarzystwa Ubezpieczeń Zdrowie S.A., Katalog Świadczeń POLISA OPTIMA dla klienta grupowego oraz Informacja o Rozpatrywaniu Reklamacji. Ubezpieczający zobowiązany jest do umożliwienia Ubezpieczonemu zapoznania się z Ogólnymi Warunkami Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE SA , Katalogiem Świadczeń POLISA OPTIMA dla klienta grupowego oraz Procedurą Reklamacyjną.

Ubezpieczający niniejszym zobowiązuje się do doręczenia powyższych dokumentów każdemu zainteresowanemu przed przystąpieniem przez takiego zainteresowanego do umowy ubezpieczenia w charakterze Ubezpieczonego albo przed wyrażeniem przez takiego zainteresowanego zgody na udzielenie mu ochrony ubezpieczeniowej albo przed wyrażeniem przez takiego zainteresowanego zgody na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej.

Ubezpieczający niniejszym zobowiązuje się do uzyskania od ubezpieczonych zgód na przekazywanie danych osobowych niezbędnych do realizacji niniejszej umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Towarzystwu Ubezpieczeń Zdrowie S.A. oraz operatorowi medycznemu realizującemu świadczenia medyczne na zlecenie Towarzystwa Ubezpieczeń Zdrowie S.A.

Umowa ubezpieczenia zostaje zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego POLISA OPTIMA Towarzystwa Ubezpieczeń ZDROWIE S.A. o kodzie OWU/03/2016 zatwierdzonych Uchwałą Zarządu UZ/06/2016 z dnia 21.01.2016 r. i Katalogu Świadczeń Grupowego Ubezpieczenia POLISA OPTIMA z opcją zwrotu kosztów usług medycznych – ubezpieczenie pakietowe o kodzie KŚ/03/2016 zatwierdzonego Uchwałą Zarządu UZ/10/2016 z dnia 21.01.2016 r.

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.

miejsceowość i data

pieczęć i podpis przedstawiciela TU Zdrowie

podpis, pieczęć Ubezpieczającego

Towarzystwo Ubezpieczeń ZDROWIE Spółka Akcyjna
Kapitał zakładowy w wysokości 21 950 000 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 9 555,

Kontakt do opiekuna grupy:
Małgorzata Tomala
E-Mail: zdrowie@iexpert.pl
Tel: (22) 100 26 28

Lp.	Pracownik	Rodzina pracownika	Imię i nazwisko - wpisać wg kolejności: 1) pracownik przystępujący do ubezpieczenia 2) rodzina pracownika przystępującego do ubezpieczenia	Kobieta	Mężczyzna	PESEL	Przystępuję	Występuję
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pracownik
Rodzina pracownika

Liczba ubezpieczonych	__	Liczba ubezpieczonych	__
Liczba pakietów	__	Liczba pakietów	__
Składka za pakiet	___	Składka za pakiet	___
Składka łączna	____	Składka łączna	____

data, pieczęć i podpis osoby sporządzającej listę w imieniu Ubezpieczającego

data, pieczęć i podpis przedstawiciela TU Zdrowie