

Wniosek o zawarcie indywidualnego ubezpieczenia Antidotum Plus

1. UBEZPIECZAJĄCY

Imię i Nazwisko _____

PESEL _____

Adres _____

Telefon _____

E-mail _____

2. ZAKRES UBEZPIECZENIA

Wnioskowany początek ubezpieczenia _____

Pakiet	Standard	Pełny	Prestiż	Składka
Indywidualny	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rodzinny	<input type="checkbox"/> brak specjalizacji dziecięcych	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

3. UBEZPIECZENI

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 _____

4. ZAŁĄCZNIKI

- Dowód wpłaty składki
- Dodatkowy wykaz osób ubezpieczonych

5. ZGODY UBEZPIECZAJĄCEGO

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.

Wyrażam zgodę na udostępnianie – na żądanie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group - moich danych osobowych przetwarzanych przez inne zakłady ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji podanych przeze mnie danych, ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych informacji o przyczynie mojej śmierci lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości. (*)

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu powszechnie obowiązujących przepisów, które udzielały lub będą udzielać mi świadczeń zdrowotnych, informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o stanie mojego zdrowia, ustaleniem prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, w zakresie określonym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnianie InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group przez wyżej wymienione podmioty dokumentacji medycznej. (*)

Wyrażam zgodę na uzyskiwanie przez InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group od Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielą mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia (*)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez InterRisk TU Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, ul. Noakowskiego 22, w celu marketingu własnych produktów lub usług oraz dla potrzeb przygotowania dla mnie odpowiedniej oferty, co obejmuje także profilowanie w celu poznania moich potrzeb i preferencji, moich danych osobowych po zakończeniu umowy w zakresie obejmującym moje dane identyfikacyjne, kontaktowe oraz dane dotyczące zawartych przeze mnie umów i ich realizacji, a także inne dane zebrane związane ze świadczeniem mi usług ubezpieczeniowych lub zbierane w związku z zapytaniami lub kontaktami dotyczącymi takich usług

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od InterRisk TU Vienna Insurance Group informacji handlowo-marketingowych, w tym z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących – wybierając jako formę kontaktu:

Wiadomości elektroniczne (w tym mail, sms/mms, komunikaty w serwisie internetowym)

Rozmowę telefoniczną (w tym IVR)

(*) Wyrażenie zgody jest niezbędne do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia

Może Pani/Pan wycofać każdą z powyższych opcjonalnych zgód w każdym momencie np. poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres sekretariat@interrisk.pl lub wysłanie podpisanego oświadczenia w formie papierowej na adres InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group ul. Noakowskiego 22 00-668 Warszawa . Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania przed wycofaniem zgody.

miejsowość i data

pieczęć i podpis przedstawiciela InterRisk

podpis, pieczęć Ubezpieczającego

InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group

ul. Noakowskiego 22, 00-668 Warszawa

Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy

KRS 0000054136, NIP 526-00-38-806, Kapitał zakładowy i kapitał wpłacony 137.640.100,0 PLN

Kontakt do opiekuna grupy:

Klaudia Kampioni

E-mail: zdrowie@iexpert.pl

Tel.: 502 913 553

kod promocyjny:

kod agenta:

Dodatkowy wykaz osób ubezpieczonych

UBEZPIECZONY IV

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY V

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY VI

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY VII

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY VIII

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY IX

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

UBEZPIECZONY X

Imię i nazwisko _____ PESEL _____

Adres _____

Telefon _____ e-mail _____

data, pieczęć i podpis osoby sporządzającej listę w imieniu Ubezpieczającego

data, pieczęć i podpis przedstawiciela InterRisk