

Sz. P. _____

PESEL:

Dziękujemy za wybór ubezpieczenia na życie UNUM.

PROSIMY O DOKŁADNE ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ TREŚCIĄ PRZED WYDRUKOWANIEM DOKUMENTÓW**KOMPLET DOKUMENTÓW ZAWIERA:**

1. Deklarację członkowską **Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiacy**,
2. Deklarację przystąpienia do ubezpieczenia **UNUM**,
3. Deklarację wyboru WARIANTU, Analizę Potrzeb Klienta i wymagane oświadczenia,
4. Druk przelewu / wpłaty składek.

**ZŁOŻENIE CZYTELNYCH PODPISÓW:**

1. Podpisy (czytelne) należy złożyć w miejscach specjalnie oznaczonych.
2. Należy zwrócić uwagę na **oświadczenia i pytania**, które pojawiają się w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia **UNUM**, które są również specjalnie oznaczone i wymagają udzielenia odpowiedzi **TAK** albo **NIE**.

**WYDRUK JEDNOSTRONNY:**

1. Załączone dokumenty winny być **wydrukowane JEDNOSTRONNIE** i tylko w takiej formie są przyjmowane celem zgłoszenia do ubezpieczenia.
2. Przekazanie dokumentów nieuzupełnionych (we wszystkich wymaganych polach) bądź wydrukowanych dwustronnie może skutkować niezgłoszeniem do ubezpieczenia w deklarowanym w dokumentach terminie.

**WPŁATA WYBRANEJ SKŁADKI:**

1. Wybraną składkę za ubezpieczenie (razem ze składką członkowską Stowarzyszenia) należy wpłacić niezwłocznie, najlepiej w dniu wygenerowania się i wydrukowania niniejszego kompletu dokumentów.
2. Wpłata pierwszej składki powinna pojawić się na koncie Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiacy nie później niż na 2 dni przed deklarowaną w dokumentach datą początku okresu ubezpieczenia.
Kolejne wpłaty dokonywane są już na Indywidualny Numer Konta, który zostanie podany po zarejestrowaniu dokumentów.

**DOSTARCZENIE DOKUMENTÓW:**

1. Komplet dokumentów w oryginale (wraz z potwierdzeniem płatności składki) powinien zostać dostarczony na wskazany adres Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiacy co najmniej na 2 dni przed deklarowaną w dokumentach datą przystąpienia do ubezpieczenia.
2. **Dokumenty należy wysłać na poniższy adres:**
ZTL „GORZOWIACY” przy MCK,
ul. Drzymały 26,
66-400 Gorzów Wielkopolski,
lub przekazać **Polecającemu** wskazanemu powyżej
w terminie do 25 dnia miesiąca tj. przed rozpoczęciem ochrony od 1-go dnia następnego miesiąca (*np. do 25 lutego, jeśli ochrona ma się rozpocząć od 1 marca*).

**CERTYFIKAT:**

1. Indywidualne potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia zostanie przekazane w ciągu 45 dni od deklarowanej daty przystąpienia do ubezpieczenia.
2. Certyfikat można również pobrać bezpośrednio ze strony www.unum.pl logując się za pomocą danych podanych w deklaracji przystąpienia.

Kolejne składki należy wpłacać „z góry” do 15-go dnia miesiąca.**Brak wpłaty powoduje wyrejestrowanie z ubezpieczenia!**Zespół: Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL Gorzowiacy
oraz Dystrybutor ubezpieczenia: Gruplowe.pl

Przystępując do wydruku dokumentów sprawdź czy ustawienia Twojej drukarki są prawidłowe.

Jeżeli drukarka (przy podglądzie lub samym wydruku na papierze) ucina nagłówek lub stopkę dokumentów, problem może być związany z ustawieniami drukarki.

Możesz to sprawdzić klikając w "więcej ustawienia" w oknie wybranej drukarki i sprawdzeniu rodzaj papieru - prawidłowy

Do poniższych zapisów mają zastosowanie OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZEŃ przekazane ubezpieczającemu w formie papierowej lub elektronicznej. Załączone tabele nie stanowią wiążących ofert w rozumieniu prawa i muszą być rozpatrywane wyłącznie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia przesłanymi klientowi, polisą ubezpieczeniową potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia i innymi dokumentami wskazanymi przez strony umowy.

Wybierz swój WARIANT (składki miesięczne):		WARIANT 1	WARIANT 2	WARIANT 3	KARENCA
Dla zdrowych osób w wieku od 18 do 69 lat		30,00 zł	47,00 zł	75,00 zł	
1	Zdiagnozowanie Nowotworu Złośliwego - świadczenie zsumowane z pozycją nr 3	40 000 zł	65 000 zł	80 000 zł	BRAK
2	Nowotwór o granicznej złośliwości	2 800 zł	4 000 zł	5 000 zł	BRAK
3	Poważne Zachorowanie - razem 45 chorób , w tym zawał serca i udar mózgu	12 000 zł	25 000 zł	30 000 zł	BRAK
4	Leczenie specjalistyczne - abłacja, chemioterapia, radioterapia, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, terapia interferonowa – leczenie stwardnienia rozsianego albo przewlekłego zapalenia wątroby typu B lub C, dializoterapia, leczenie przeciwwirusowe – leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B lub typu C	1 500 zł	3 100 zł	3 400 zł	BRAK
5	Niezdolność do pracy spowodowana NW lub Chorobą	14 000 zł	25 000 zł	70 000 zł	BRAK
6	Śmierć Ubezpieczonego	25 000 zł	50 000 zł	150 000 zł	BRAK
7	Śmierć Ubezpieczonego - Zawał Serca/Udar Mózgu	35 000 zł	80 000 zł	200 000 zł	BRAK
8	Śmierć Ubezpieczonego - Nieszczęśliwy Wypadek	25 000 zł	50 000 zł	150 000 zł	BRAK
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego (minimum 1 dzień - tzn. zmiana daty - maksymalnie 180 dni w każdym roku)					
9	Pobyt wskutek Wypadku Komunikacyjnego w pracy (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	160 zł / 40 zł	240 zł / 60 zł	400 zł / 100 zł	BRAK
10	Pobyt wskutek Wypadku Komunikacyjnego (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	120 zł / 40 zł	180 zł / 60 zł	300 zł / 100 zł	BRAK
11	Pobyt wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w pracy (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	120 zł / 40 zł	180 zł / 60 zł	300 zł / 100 zł	BRAK
12	Pobyt w szpitalu wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	80 zł / 40 zł	120 zł / 60 zł	200 zł / 100 zł	BRAK
13	Pobyt wskutek Choroby Nowotworowej (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	60 zł / 40 zł	90 zł / 60 zł	150 zł / 100 zł	BRAK
14	Pobyt wskutek Zawału Serca / Udaru Mózgu (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	50 zł / 40 zł	75 zł / 60 zł	125 zł / 100 zł	BRAK
15	Pobyt wskutek dowolnej, innej Choroby (od 1 do 14 dnia / po 14 dniu)	40 zł / 40 zł	60 zł / 60 zł	100 zł / 100 zł	BRAK
16	Pobyt na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej (za każdy dzień od 1 do 5 dnia pobytu)	80 zł	120 zł	200 zł	BRAK
17	Razem świadczenie za 5 dni Pobytu na OIOM	400 zł	600 zł	1 000 zł	BRAK
18	<p>Powtórna Opinia Medyczna :</p> <p>Organizacja i pokrycie kosztów zagranicznej Konsultacji Medycznej związanej z nowotworem złośliwym:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Udzielenie Ubezpieczonemu informacji o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej wydanie Powtórnej Opinii Medycznej ✓ Tłumaczenie dostarczonej dokumentacji medycznej na język angielski ✓ Przekazanie dokumentacji medycznej Konsultantowi, przy wykorzystaniu środków komunikacji, które umożliwią Konsultantowi odczytanie dokumentacji i jej analizę. ✓ Wydanie Powtórnej Opinii Medycznej przez Konsultanta ✓ Tłumaczenie na język polski Powtórnej Opinii Medycznej wydanej przez Konsultanta ✓ Udostępnienie Powtórnej Opinii Medycznej Ubezpieczonemu 				BRAK

19	<p>Wsparcie w przypadku Nowotworu Złośliwego</p> <p>ŚWIADCZENIA MEDYCZNE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Konsultacje lekarskie (limit do 3000 zł) – konsultacje lekarzy specjalistów następujących specjalności: chirurg, okulista, otolaryngolog, ortopeda, ginekolog, urolog, pulmonolog, lekarz rehabilitacji, onkolog, endokrynolog, hepatolog, hematolog, nefrolog, dermatolog; ✓ Diagnostyka laboratoryjna (limit do 3000 zł) – w zakresie: mocz – badanie ogólne, OB, morfologia, APTT, PT, fibrynogen, glukoza, elektrolity (sód i potas), lipidogram, próby wątrobowe, amylaza, mocznik, TSH, kreatynina, kwas moczowy, proteinogram, ferrytyna, wapń całkowity, fosfor nieorg., magnez, CRP ilość., HBs przeciwciała, HCV przeciwciała, IgE całkowite, markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21-1; ✓ Badania specjalistyczne (limit do 5000 zł) – w zakresie: biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym), RTG, USG, rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa <p>ŚWIADCZENIA ASSISTANCE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ transport na badania i zaplanowane operacje (limit do 2000 zł) – transport Ubezpieczonego do Placówki Medycznej w celu wykonania badań lub przeprowadzenia operacji, zgodnie ze sporządzonym na piśmie skierowaniem Lekarza Prowadzącego Leczenie; ✓ domowa opieka pielęgniarska (limit do 1500 zł) – pomoc pielęgniarki (koszty dojazdu i wynagrodzenia) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem Lekarza Prowadzącego Leczenie; ✓ dostosowania miejsca zamieszkania (limit do 2000 zł) - dostosowania miejsca zamieszkania do potrzeb Ubezpieczonego w zakresie: <ul style="list-style-type: none"> • oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC , łazienki, • likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów; ✓ pomoc psychologa (limit do 2000 zł) – konsultacje z psychologiem dla Ubezpieczonego, Małżonka, Dzieci Ubezpieczonego <p>ŚWIADCZENIE SANATORYJNE - związane leczeniem nowotworu złośliwego (limit do 3000 zł)</p> <p>Na podstawie (sporządzonego na piśmie przez Lekarza Prowadzącego Leczenie) skierowania, organizacja i pokrycie przez Ubezpieczyciela do wysokości limitu odpowiedzialności kosztów pobytu w Sanatorium:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ zakwaterowania, ✓ żywienia, ✓ zaleconych zabiegów. 	BRAK
20	<p>Assistance Medyczny - usługi w przypadku nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ transport medyczny do Placówki Medycznej (limit do 2 000zł) ✓ transport medyczny z Placówki Medycznej (limit do 2 000zł) ✓ transport medyczny pomiędzy Placówkami Medycznymi (limit do 2 000zł) ✓ dostarczenie leków (limit do 400zł) ✓ pomoc medyczna zagranicą (limit do 300 Euro) <p>Assistance wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub min. 3-dniowej Hospitalizacji wskutek Nagłego Zachorowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Wizyta pielęgniarki (limit do 800 zł) ✓ Transport Sprzętu Rehabilitacyjnego (limit do 1 200 zł) ✓ Wypożyczenie lub zakup Sprzętu Rehabilitacyjnego (limit do 1 200 zł) ✓ Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego (limit do 1 200 zł) ✓ Wizyta lekarza internisty (maksymalnie 2 zdarzenia w roku) (limit do 1 000 zł) ✓ Wizyta lekarza specjalisty (maksymalnie 2 zdarzenia w roku) (limit do 1 200 zł) ✓ Dostarczenie posiłków (limit do 500 zł) ✓ Transport Rodzica na wizytę kontrolną (limit do 800 zł) ✓ Osobisty asystent dla Rodzica (limit do 1 200 zł) <p>Assistance wskutek co najmniej 3-dniowej Hospitalizacji wskutek Nieszcz. Wypadku lub Nagłego Zachorowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi i Niepełnoletnimi Dziećmi (przez maks. 6 dni - do 200 zł/dzień) (limit do 1 200 zł) ✓ Opieka nad Zwierzętami Domowymi (limit do 600 zł) ✓ Pomoc domowa (przez maks. 4 dni - do 200 zł /dzień) (limit do 800 zł) ✓ Pomoc domowa oraz pielęgniarska dla Rodzica (przez maks. 4 dni - do 200 zł / dzień) (limit do 800 zł) <p>Pozostałe usługi Assistance</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Opieka nad dorosłymi Osobami Niesamodzielnymi w razie nieszczęśliwego wypadku (przez maksymalnie 4 dni - do 200,00 zł/dzień) (limit do 800 zł) ✓ Pomoc psychologa w Trudnej Sytuacji Losowej (limit do 1 000 zł) ✓ Wizyta położnej (limit do 700 zł) ✓ Infolinia medyczna TAK ✓ Infolinia baby assistance TAK 	BRAK

Możliwość indywidualnej kontynuacji od 70 roku życia (inny zakres)	TAK	TAK	TAK
Składka za ubezpieczenie UNUM:	26,56 zł	43,03 zł	71,96 zł
Składka członkowska do Stowarzyszenia:	3,44 zł	3,97 zł	3,04 zł
Składka łączna (miesięczna):	30,00 zł	47,00 zł	75,00 zł

Zaznacz krzyżykiem "X" wybrany wariant 1, 2 lub 3 =>

Możliwość przystąpienia wyklucza występowanie następujących chorób:

wada serca, choroba niedokrwienności serca, choroba wieńcowa, zawał serca, udar mózgu, cukrzyca, przewlekła choroba wątroby, choroby trzustki, choroby nerek, zaburzenia psychiczne i zachowania, choroba nowotworowa (w tym białaczki).

Zakup możliwy niezależnie od innych posiadanych już ubezpieczeń.

Uwaga:

Ochrona rozpoczyna się po wypełnieniu dokumentów i wpłacie pierwszej składki od 1-go dnia następnego miesiąca.

Brak karencji w przypadku jednoczesnego przystąpienia do ubezpieczenia i do Stowarzyszenia (taka sama data).

Dokumenty należy dostarczyć w oryginale na wskazany adres lub osobiście przedstawicielowi Grupowe.pl

Konieczne należy dołączyć kopię potwierdzenia wpłaty pierwszej składki! Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku i ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny Rok, o ile żadna ze stron nie postanowi inaczej.

Kwoty zawierają: składkę ubezpieczenia UNUM i składkę członkowską Stowarzyszenia.

Zapisz się zanim zrobisz jakiegokolwiek medyczne badania kontrolne lub profilaktyczne (np. mammografia, USG, cytologia, kolonoskopia, EKG, test poziomu PSA, badania krwi itp.).

data: _____

<- TU PODPISZ

własnoręczny, czytelny podpis imieniem i nazwiskiem



DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Ja niżej podpisany(a) _____ PESEL: _____

tel. _____ email: _____

zamieszkały(a) _____

Proszę o przyjęcie mnie w poczet członków wspierających Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY”. Zobowiązuję się do przestrzegania Statutu Stowarzyszenia i wypełniania jego postanowień.

_____ miejscowość / data

_____ podpis członka (pełnoletniego)
lub prawnego opiekuna osoby niepełnoletniej

Osoba rekomendująca: _____

OŚWIADCZENIE O PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH

1. W świetle przepisów prawa Stowarzyszenie Folklorystyczne Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY”, z siedzibą przy MCK ul. Drzymały 26, 66-400 Gorzów Wielkopolski, jest administratorem podanych przez Pana/Panią danych osobowych. Informacje i statut dostępne na www.gorzowiacy.jimdofree.com
2. Celem przetwarzania danych osobowych jest realizacja przez Stowarzyszenie przysługujących Panu/Pani praw i obowiązków wynikających z faktu przystąpienia w charakterze członka do Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” i realizacja zawartych przez Pana/Panią umów jakie są dedykowane jego członkom poprzez:
 - a) umieszczenie w rejestrze członków - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b RODO, . Prysługuje Pani/Panu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (w tym profilowanie na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu sprzeciwu zaprzestaniemy przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu. W szczególnych sytuacjach może Pani/Pan wnieść sprzeciw przeciwko przetwarzaniu danych podyktowanym naszym prawnie uzasadnionym interesem lub interesem publicznym. W takim przypadku przetwarzanie będzie mogło mieć miejsce, o ile wykazemy istnienie ważne prawnie i uzasadnione podstawy do przetwarzania nadrzędne wobec Pani/Pana praw i wolności lub podstawy prawne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.
 - b) udostępnienie ich podmiotom, których usługi zostały przez Panią/Pana wybrane w celu realizacji tych usług - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
 - c) wykonywanie ciężących Stowarzyszenie Folklorystyczne Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” obowiązków prawnych jako podmiotu, który zawarł stosowne umowy w celu umożliwienia korzystania przez jego członków z wynegocjowanych ofert, w tym z ubezpieczeń i usług abonamentowych - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
 - d) obowiązków wynikających z przepisów prawa podatkowego - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. c RODO,
 - e) zapewnienia należytego poziomu obsługi, co jest naszym prawnie uzasadnionym interesem - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. f RODO,
 - f) marketingu i rozwoju Stowarzyszenia F. ZTL Gorzowiacy poprzez budowanie lojalności jego członków - podstawa prawna art. 6 ust. 1 lit. f RODO.
3. Pani/ Pana dane udostępniamy podmiotom przetwarzającym dane w naszym imieniu, uczestniczącym w wykonywaniu naszych czynności; podmiotom świadczącym usługi informatyczne, pomoc prawną, doradztwo ubezpieczeniowe, doradztwo podatkowe oraz podmiotom, które świadczą wybrane przez Panią/ Pana usługi.
4. Nie przekazujemy Pani/ Pana danych osobowych poza Europejski Obszar Gospodarczy.
5. Przystępują Pani/Panu następujące prawa: a) dostęp do swoich danych osobowych oraz otrzymywanie ich kopii, b) sprostowania (poprawiania) swoich danych, c) usunięcia danych przetwarzanych bez podstawy prawnej, d) ograniczenia przetwarzania danych, e) przenoszenia danych, f) usunięcia danych.
6. Pana/Pani dane osobowe będą przetwarzane przez czas dłuższy z niżej podanych powodów: a) członkostwo w Stowarzyszeniu Folklorystycznym ZTL „GORZOWIACY”, b) czas do wygaśnięcia roszczeń z tytułu usług z jakich Pan/Pani korzysta lub korzystał/a, c) okresy wynikające z obowiązków podatkowych.
7. Prysługuje Pani/Panu wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych (w tym profilowanie na potrzeby marketingu bezpośredniego). Po otrzymaniu sprzeciwu zaprzestaniemy przetwarzania Pani/Pana danych osobowych w tym celu. W szczególnych sytuacjach może Pani/Pan wnieść sprzeciw przeciwko przetwarzaniu danych podyktowanym naszym prawnie uzasadnionym interesem lub interesem publicznym. W takim przypadku przetwarzanie będzie mogło mieć miejsce, o ile wykazemy istnienie ważne prawnie i uzasadnione podstawy do przetwarzania nadrzędne wobec Pani/Pana praw i wolności lub podstawy prawne do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń
8. Realizując swoje prawa może Pani/Pan skierować do nas korespondencję na adres siedziby.
9. Jeżeli uważa Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy prawa może Pani/Pan wnieść skargę do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
10. Podejmujemy zautomatyzowaną decyzję o przetwarzaniu danych osobowych w przypadku osób, które przekroczyły wiek wynikający z ogólnych warunków ubezpieczenia nie pozwalający na zawarcie wybranego przez nich wariantu ubezpieczenia.
11. Podanie danych jest niezbędne do przystąpienia do Stowarzyszenia Folklorystyczne ZTL „GORZOWIACY” w charakterze członka i skorzystania z szerokiego wachlarza usług kierowanego do jego członków. **Nie podanie danych nie pozwoli na przystąpienie do Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” i zawarcie umów z zakresie wybranych przez Panią/Pana usług.**

ZŁÓŻ PODPIS -->> AKCEPTUJĘ powyższe oświadczenia: _____ ZŁÓŻ CZYTELNY PODPIS 

NABYCIE CZŁONKOWSTWA (wypełniają władze Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL „GORZOWIACY”)

Na podstawie Statutu Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” Zarząd Stowarzyszenia stwierdza, że w/w został(a) przyjęty(a) w poczet członków wspierających Stowarzyszenia Folklorystycznego Zespołu Tańca Ludowego „GORZOWIACY” z dniem: _____ ID członka: _____

Zarząd Stowarzyszenia: _____



ANALIZA POTRZEB KLIENTA przeprowadzona przez SPECJALISTĘ gruplowe.pl w celu zbadania wymagań i wyboru odpowiedniego produktu: UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNE

1. **Wiek klienta (rok życia):** do 40 41 – 55 55- 65 powyżej 65

2. **Sytuacja rodzinna:** Moje gospodarstwo domowe składa się z (proszę zaznaczyć wszystkie możliwe odpowiedzi):
 ze mnie małżonka lub partnera dzieci rodziców/teściów

3. **Czy jesteś zainteresowany ubezpieczeniem:**
 ochronnym ochronnym z elementami inwestycji

4. **Jakie elementy ubezpieczenia są dla Ciebie ważne (możesz wybrać kilka z nich):**
 zabezpieczenie rodziny w razie mojej śmierci
 ochrona mojego zdrowia poprzez świadczenia związane z chorobą (np. pobyt w szpitalu, wystąpienie poważnej choroby, operacja)
 zabezpieczenie mojego zdrowia i życia w związku z nieszczęśliwym wypadkiem (np. trwałe uszczerbek na zdrowiu, śmierć spowodowana wypadkiem, assistance)
 ochrona innych członków najbliższej rodziny (mojego małżonka, partnera, dzieci, rodziców)
 oszczędzanie środków finansowych na przyszłość połączone z ochroną mojego życia i zdrowia

5. **Proszę o wskazanie najważniejszych i prawdziwych elementów ochrony:**
 jestem zainteresowany szerokim pakietem ochrony zarówno dla mnie jak i członków mojej rodziny
 jestem zainteresowany ubezpieczeniem posagowym finansującym start dziecka w dorosłe życie
 jestem zainteresowany ubezpieczeniem z tytułu wystąpienia poważnej choroby (np. Best Doctors)
 mam inne potrzeby: proszę opisz je i wskaż:

6. **Czy jesteś zainteresowany możliwością wykupienia pakietu indywidualnej, prywatnej opieki medycznej dającej dostęp do lekarzy specjalistów, placówek medycznych, badań czy innych podobnych świadczeń dla Ciebie oraz członków Twojej najbliższej rodziny?**
TAK NIE

7. **Jaki zakres miesięcznej składki jesteś w stanie zaakceptować:**
 poniżej 50 zł między 50 a 100 zł między 100 a 200 zł powyżej 200 zł

Potwierdzam udostępnienie mi informacji o agencji ubezpieczeniowym (pełnomocnictwo, współpracujące zakłady ubezpieczeń, nazwa agenta oraz numer wpisu, charakter otrzymywanego wynagrodzenia) oraz o możliwości złożenia reklamacji, wniesienia skargi oraz pozasądowego rozwiązywania sporów. Potwierdzam otrzymanie klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania moich danych osobowych w związku z przeprowadzoną analizą wymagań i potrzeb. Potwierdzam otrzymanie w zrozumiałej formie obiektywnych (jasnych, rzetelnych i niewprowadzających w błąd) informacji o produkcie ubezpieczeniowym i jego możliwościach (w tym warunków ubezpieczenia oraz karty produktu/dokumentu zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym), umożliwiających podjęcie świadomej decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.

.....
DATA I CZYTELNY PODPIS KLIENTA

.....
PODPIS SPECJALISTY

.....
DATA URODZENIA KLIENTA

UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO

NIP: 691-198-04-95, REGON: 390608771

59-335 SZKLARY GÓRNE, SZKLARY GÓRNE 123

IMIĘ I NAZWISKO

ADRES

NR TELEFONU

ADRES EMAIL

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

1. Wyrażam zgodę, aby moje dane osobowe były przetwarzane przez:

UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO, z siedzibą w 59-335 Szklary Górne, Szklary Górne 123 w celach marketingowych związanych z profilowaniem w celu określenia preferencji lub wymagań i potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, w tym z przedstawieniem dopasowanej do moich potrzeb oferty oraz dalszej obsługi zawartej umowy ubezpieczenia.

2. Wyrażam zgodę na kontakt i otrzymywanie od:

UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO z siedzibą w 59-335 Szklary Górne, Szklary Górne 123, informacji handlowej drogą elektroniczną, przy wykorzystaniu podanego adresu email lub wiadomości MMS/SMS na podany numer telefonu, w oparciu o art. 10 Ustawy z 18 lipca 2002r., o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

3. Wyrażam zgodę na używanie:

telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego, w tym serwisu zawartych umów ubezpieczenia, przez **UBEZPIECZENIALOWE.PL WALDEMAR POBEREJKO** z siedzibą w 59-335 Szklary Górne, Szklary Górne 123 przy wykorzystaniu podanego numeru telefonu lub adresu email, w oparciu o art. 172 Ustawy z dnia 16 lipca 2004r., Prawo telekomunikacyjne.

Oświadczam, że niniejsza zgoda jest dobrowolna i posiadam wiedzę, że może być w każdym momencie odwołana poprzez oświadczenie pisemne lub e-mailowe. Przyjmuję do wiadomości oświadczenie dotyczące prawa do wglądu do swoich danych osobowych, ich przeglądania, poprawiania lub zgłoszenia co do dalszego ich przetwarzania w zakresie dotyczącym niniejszej zgody.

.....

Data i podpis Klienta



Pierwszą składkę za ubezpieczenie prosimy wpłacić niezwłocznie, najlepiej w dniu wydrukowania i wypełnienia niniejszego kompletu dokumentów.

Wpłata na koncie Stowarzyszenia Folklorystycznego ZTL „GORZOWIACY” powinna pojawić się nie później niż 2 dni przed deklarowaną datą początku okresu ubezpieczenia.

Przykład:

zgłoszenie do ubezpieczenia od 1 lutego, zaksięgowanie składki do dnia 29.01. do godziny 16.00.

Odbiorca:

Stowarzyszenie Folklorystyczne ZTL Gorzowiacy

Indywidualny numer rachunku Klienta (zawiera PESEL):

Składka miesięczna: złotych

Wpłacający:

Tytuł wpłaty:

Składka za ubezpieczenie i składka członkowska



Terminy płatności KOLEJNYCH składek:

- zawsze **do 15 dnia miesiąca** poprzedzającego miesiąc ochrony np. do 15 lutego za miesiąc marzec itd..
- **Brak wpłaty składki będzie skutkować wyrejestrowaniem z ubezpieczenia i zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej!**

UWAGA:

zadzwoń pod nr 600 148 603 i poproś o swój indywidualny numer rachunku bankowego do wpłat wybranej składki.

To będzie Twój stały numer do wpłat.

Możesz go od razu wykorzystać do ustawienia stałego zlecenia w swoim banku (wpłaty z góry do 15-go każdego miesiąca).