

Imię i Nazwisko

Czy polisa ma zostać wysłana pocztą?

TAK

NIE

Adres zarejestrowania

praktyki

.....

Adres do korespondencji

.....

Telefon domowy NIP

Telefon do pracy Regon.....

Telefon kom. PESEL.....

E – mail NR PWZ.....

Specjalizacja:

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez APRIL Polska Medbroker Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-833), ul. Sienna 73 danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z zawieraniem na moją rzecz umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane dla celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem wskazanych umów i w tym zakresie, z uwagi na prowadzoną przez APRIL Polska Medbroker Sp. z o.o. działalność brokerską, przekazywane innym podmiotom, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych środków ostrożności. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....

Data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie pozostałej działalności prowadzonej przez APRIL Polska Medbroker Sp. z o.o., w celach marketingowych i promocyjnych. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....

Data

Podpis

Warszawa

PEŁNOMOCNICTWO

Działając w imieniu upoważniam firmę APRIL Polska Medbroker Sp. z o. o., z siedzibą w Warszawie, posiadającą zezwolenie organu nadzoru ubezpieczeniowego nr. 1100/02, do reprezentowania moich interesów wobec Towarzystw Ubezpieczeniowych, wykonywania czynności faktycznych i prawnych, związanych z negocjowaniem warunków i pośredniczenia w zawieraniu umów ubezpieczenia, a także wykonywaniu zawartych umów ubezpieczenia.

Niniejsze pełnomocnictwo zostało udzielone na czas nieokreślony i jest ważne do odwołania.

.....
Podpis udzielającego zlecenie