
WAŻNE !!!

W celu skorzystania z Oferty grupowego ubezpieczenia PULS ZDROWIA, wynegocjowanej przez brokera ubezpieczeniowego GESTUM BROKER Sp. z o.o., ul. Krakowskie Przedmieście 4, 00-333 Warszawa, prosimy o wypełnienie, podpisanie i odesłanie **skanu Oświadczenia Ubezpieczonego** na adres e-mail: k.osuch@gestumbroker.pl lub k.korczykowska@gestumbroker.pl.

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Imię i nazwisko:

Adres email:

Telefon:

Dane osobowe, wybór wariantu ubezpieczenia oraz formy ubezpieczenia, przekazuję w Załączniku nr 1 do Oświadczenia Ubezpieczonego, który stanowi integralną część niniejszego Oświadczenia.

1. Jestem zainteresowany/-a zawarciem ubezpieczenia PULS ZDROWIA, w ramach Oferty wynegocjowanej przez brokera ubezpieczeniowego GESTUM BROKER Sp. z o.o., ul. Krakowskie Przedmieście 4, 00-333 Warszawa, gdzie ubezpieczającym jest Korporacja Doradztwa i Obsługi Inwestycji sp. z o.o. ul. Krakowskie Przedmieście 4/6, 00-333 Warszawa, REGON 142915494, NIP 5252504984.
2. Wyrażam zgodę na przesłanie Oferty grupowego ubezpieczenia PULS ZDROWIA, wynegocjowanej przez brokera ubezpieczeniowego GESTUM BROKER Sp. z o.o., ul. Krakowskie Przedmieście 4, 00-333 Warszawa, drogą internetową oraz na wystawienie Certyfikatu zgodnie z przesłanym Oświadczeniem.
3. Niniejszym udzielam pełnomocnictwa Brokerowi Ubezpieczeniowemu „GESTUM BROKER” Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, wpisanemu do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sadowego pod numerem KRS 0000406167, do wykonywania czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w zakresie grupowego ubezpieczenia na podstawie znanych mi Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Puls Zdrowia uchwała nr 02/28/06/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwa Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej Vienna Insurance Group z dnia 28.06.2023 roku.
4. Oświadczam, że wybrałem/-am wariant ubezpieczenia zgodnie ze wskazaniem w Załączniku nr 1 do Oświadczenia Ubezpieczonego.
5. Oświadczam, że będę przekazywał/-a składkę miesięczną za ubezpieczenie PULS ZDROWIA, na rachunek bankowy Gestum Broker Sp. z o.o. (firmy wykonującej czynności brokerskie):
BANK Pekao S.A.: 28 1240 6003 1111 0010 6665 0189.
Tytuł przelewu: PULS ZDROWIA, imię i nazwisko, wariant:
6. Oświadczam, że opłatę za wybrany wariant ubezpieczenia **będę wnosić z góry, do 10 dnia miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony ubezpieczenia.** W przypadku braku wpłaty w wymaganym terminie, mam świadomość że zostaną usunięta/y z ubezpieczenia PULS ZDROWIA i do ubezpieczenia będę mogła/mógł powrócić po 12 miesiącach od wystąpienia z umowy ubezpieczenia.

Data: Podpis (czytelny):

Obowiązek informacyjny

Dane zakładu ubezpieczeń	InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group z siedziba w Warszawie przy ul. St. Noakowskiego 22, REGON 010644132, NIP 526-00-38-806.
Produkt	Ubezpieczenie Puls Zdrowia
Ogólne Warunki Ubezpieczenia	Do produktu Puls Zdrowia mają zastosowanie: Ogólne Warunki Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzone uchwałą nr 02/28/06/2023 Zarządu InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 28.06.2023 roku.
Dane ubezpieczającego	Korporacja Doradztwa i Obsługi Inwestycji sp. z o.o. ul. Krakowskie Przedmieście 4/6, 00-333 Warszawa, REGON 142915494, NIP 5252504984.
Ubezpieczony	Pracownik – osoba fizyczna zgodnie z definicją w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia Puls Zdrowia - § 2 ust.54) „pracownik Ubezpieczającego” oraz osoba fizyczna zgłoszona do ubezpieczenia przez Korporację Doradztwa i Obsługi Inwestycji sp. z o.o. ul. Krakowskie Przedmieście 4/6, 00-333 Warszawa, REGON 142915494, NIP 5252504984, która nie ukończyła 80 roku życia.
Dane firmy wykonującej czynności brokerskiej	GESTUM Broker Sp. z o. o., ul. Krakowskie Przedmieście 4, 00-333 Warszawa, NIP: 527-26-72-785, Regon: 145952202.
Informacja o wynagrodzeniu	Korporacja Doradztwa i Obsługi Inwestycji sp. z o.o. nie otrzymuje wynagrodzenia w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, otrzymywanego w związku z proponowanym przystąpieniem do umowy ubezpieczenia grupowego. Wynagrodzenie w związku z wykonywaniem czynności brokerskich w zakresie ubezpieczeń otrzymuje GESTUM BROKER Sp. z o.o.
Informacja o reklamacjach, skargach oraz zażaleniach w zakresie świadczenia usług ubezpieczeniowych z wykorzystaniem Serwisu Internetowego	Ubezpieczony ma prawo do złożenia reklamacji w związku z nieprawidłowościami w zakresie świadczenia usług ubezpieczeniowych z wykorzystaniem Serwisu Internetowego . Reklamacje, skargi i zażalenia mogą być składane w formie elektronicznej na adres: kancelaria@gestumbroker.pl lub pisemnie na adres Brokera: ul. Krakowskie Przedmieście 4, 00333 Warszawa. Reklamacja powinna zawierać informacje dotyczące Ubezpieczonego tj. jego imię i nazwisko, adres e-mail oraz adres pocztowy wraz z opisem problemu będącego podstawą złożenia reklamacji. Broker dąży wszelkich starań aby reklamacje były rozpatrzone w terminie 30 dni od dnia jej otrzymania przez brokera. W przypadku, w którym reklamacja nie będzie mogła zostać rozpatrzona we wskazanym terminie, Broker powiadomi Ubezpieczającego/Osobę zgłaszającą wraz ze wskazaniem przyczyny opóźnienia, a także dodatkowym terminem rozpatrzenia reklamacji nie dłuższym niż 14 dni od dnia powiadomienia Ubezpieczającego/Osoby zgłaszającej.
Informacja o reklamacjach i skargach związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową	Ogólne Warunki Ubezpieczenia PULS ZDROWIA zatwierdzone uchwałą nr 02/28/06/2023 Zarządu InterRisk TU S.A. Vienna Insurance Group z dnia 28.06.2023 - §14 SKARGI I REKLAMACJE.