



Dane osobowe:

imię i nazwisko
adres zamieszkania
nr telefonu
e-mail
data urodzenia

Oświadczam, że:

1. Jestem byłym pracownikiem/członkiem rodziny/partnerem życiowym byłego pracownika*
.....
(nazwa zakładu pracy)
2. Byłem objęty grupowym ubezpieczeniem medycznym w Medcover dedykowanym dla pracowników
.....
(nazwa zakładu pracy)
3. Ostatnia składka za dotychczasowe ubezpieczenie została opłacona za miesiąc

Zostałem poinformowany, że:

- a. obsługę ubezpieczenia grupowego prowadzi Polska Grupa Asekuracyjna Sp. z o.o. 02-463 Warszawie ul. Naukowa 41A (dalej PGA Sp. z o.o.),
- b. składkę za ubezpieczenie przekazuję na wskazany nr rachunku bankowego PGA Sp. z o.o. **w terminie do 20 dnia miesiąca,**
- c. odpowiedzialność z tytułu grupowego ubezpieczenia rozpocznie się od 1 dnia miesiąca, następującego po spełnieniu łącznie następujących warunków: podpisania deklaracji przystąpienia, dostarczenia jej do PGA i opłacenia składki ubezpieczeniowej przelewem na wskazany numer rachunku bankowego **do 20 dnia miesiąca poprzedzającego początek odpowiedzialności. Brak spełnienia powyższego może skutkować przesunięciem początku ochrony ubezpieczeniowej lub jej zakończeniem, w przypadku opóźnienia płatności lub braku kolejnych składek.**
- d. informacje dotyczące mojego ubezpieczenia będą przekazywane drogą elektroniczną na wskazany nr telefonu lub adres email

Wyrażam zgodę na:

- ☐ przetwarzanie przez PGA Sp. z o.o. podanych powyżej danych osobowych w celach marketingowych,
- ☐ przesyłanie przez PGA Sp. z o.o. drogą elektroniczną informacji handlowych na podany adres e-mail,
- ☐ wykorzystywanie przez PGA Sp. z o.o. telekomunikacyjnych urządzeń końcowych (telefonu) i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego w odniesieniu do podanego przeze mnie numeru telefonu.

Informujemy, że w przypadku wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych powinien Pani/Pan zapoznać się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych dostępną na stronie https://pga.pl/KLAUZULA_INFORMACYJNA.pdf.

.....
data i podpis

Polska Grupa Asekuracyjna Sp. z o.o. ul. Naukowa 41A, 02-463 Warszawa,

wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000570305, NIP 5272742190, kapitał zakładowy 105 000,00 zł, e-mail biuro@pga.pl, www.pga.pl, tel. +48 22 39 869 86, +48 22 39 869 76.



*Niepotrzebne skreślić

POLSKA GRUPA ASEKURACYJNA

Polska Grupa Asekuracyjne Sp. z o.o. ul. Naukowa 41A, 02-463 Warszawa,

wpisana do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000570305, NIP 5272742190, kapitał zakładowy 105 000,00 zł, e-mail biuro@pga.pl, www.pga.pl, tel. +48 22 39 869 86, +48 22 39 869 76.