



Subsemnatul/a _____ CNP |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, cu domiciliul în _____, reprezentant al _____ CNP/CUI _____ cu domiciliul/sediul în _____
 declar următoarele:

- autorizez prin prezenta societatea SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. să acționeze ca broker-ul meu de asigurare pentru analiza polițelor existente privind riscurile și clauzele asigurate și renegocierea de oferte de asigurare pe baza informațiilor pe care le voi furniza în vederea optimizării costurilor, pentru solicitarea încheierii sau reînnoirii asigurărilor conform deciziei mele, precum și pentru gestionarea polițelor pe întreaga perioadă asigurată și a dosarelor de daună, reprezentând interesele mele în orice problemă legată de asigurări;
- această împuternicire anulează orice acord prealabil similar și poate fi revocată prin notificare scrisă cu preaviz de 30 de zile calendaristice.

- ✓ Sunt de acord să primesc toată corespondența cu SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A., inclusiv informațiile precontractuale, ofertele, polițele de asigurare la adresa specificată în rândurile de mai jos, această comunicare fiindu-mi opozabilă pe deplin;
- ✓ Plata primei de asigurare reprezintă acceptul meu privind încheierea poliței de asigurare, respectiv înțelegerea și acceptarea termenilor și a condițiilor contractului de asigurare;
- ✓ În cazul în care datele de contact nu vor mai fi valabile, voi comunica în timp util către SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. noile date de contact, prin semnarea unui nou Acord General sau prin comunicarea acestora către un reprezentant al SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A..

Adresa de domiciliu/corespondență: _____
sau
Adresa de E-mail: _____
sau
Telefon: _____

Data:

SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A.

prin **BROKER IN ASIGURARI** _____,
Înregistrat la Autoritatea de Supraveghere Financiară cu cod
RAF

Nume și Prenume: _____

SEMNĂTURA:

SEMNĂTURA:

Confirm că am citit, am înțeles conținutul Notei de Informare SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. (IPDCP-3), a Informarii Precontractuale (SAFDIP-3) și a prezentului consimțământ, iar cele exprimate mai jos reprezintă voința mea, în cunoștință de cauză, liber exprimată, transpusă pe acest formular bifat corespunzător.

- a) Sunt de acord ca datele mele personale să fie prelucrate de SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. pentru scopuri statistice, respectiv de marketing, să fiu contactat și să primesc informații relevante de la SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. sau de la persoane împuternicite expres de SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. în acest sens, în vederea fructificării de eventuale oportunități de asigurare, respectiv a îmbunătățirii serviciilor pe care SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. mi le oferă.
- ☐ Da ☐ Nu
- b) Sunt de acord cu prelucrarea de către SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A. a datelor mele cu caracter personal privind starea de sănătate, indispensabile, în vederea prestării serviciilor de distribuție în asigurări solicitate de mine, în administrarea polițelor mele de asigurare și pentru a interveni în sprijinul meu în relația cu societățile de asigurare în situațiile de producere a riscului asigurat, în acord cu legislația privind prelucrarea datelor cu caracter personal, legislația privind asigurările și a codurilor de conduită din industria de profil.
- ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu se aplică
- c) Pentru prelucrarea datelor cu caracter personal privind minorii nominalizați ca (potențiali) asigurați/beneficiari, indispensabile în vederea prestării serviciilor de asigurare (ofertarea și emiterea polițelor de asigurare, gestionarea contractelor de asigurare/polițelor, inclusiv reînnoirea acestora, soluționarea daunelor) și de reasigurare, cu respectarea legislației specifice în vigoare.
- ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu se aplică

Confirm că am citit, am inteles si am optat în mod liber pentru varianta/varianțele dorite din consimțământ.

Data:

SAFETY BROKER DE ASIGURARE S.A.

prin BROKER IN ASIGURARI _____,
Înregistrat la Autoritatea de Supraveghere Financiară cu cod
RAF

Nume si Prenume: _____

SEMNĂTURA:

SEMNĂTURA: