

**Formular de înrolare privind Asigurarea Privată de Sănătate**

Înainte de completarea prezentului formular, vă rugăm să consultați și citiți cu atenție Informarea privind prelucrarea datelor cu caracter personal (IPDCP-3) și să completați și semnați Acordul General anexat prezentei. Sub umbrela Parteneriatului Safety Broker – PRO LEX, pot beneficia de asigurarea privată de sănătate **doar membrii PRO LEX**. Opțional, se pot cuprinde în asigurare și membrii familiei (soț/soție, copii cu vârsta de peste 1 an, până la 65 de ani neîmpliniți), denumiți în cele ce urmează Dependenți.

Subsemnatul, **Nume** \_\_\_\_\_ **Prenume** \_\_\_\_\_, având gradul profesional de \_\_\_\_\_, **cod numeric personal:** \_\_\_\_\_ membru al PRO LEX, angajat la \_\_\_\_\_ **Unitatea:** \_\_\_\_\_, confirm că sunt de acord cu înscrierea în planul de asigurare ASIROM Asigurări Sănătate negociat de PRO LEX prin intermediul Safety Broker de Asigurare SRL, conform tabelului de mai jos:

Nume, Prenume	Tip asigurat (titular si /sau sot/sotie/copil)	Tarif lunar membru/dependent	CNP complet	Semnătură titular/membru de familie
	<b>Titular</b>	21.72 lei		
	<b>Dependent 1</b>	33.53 lei		
	<b>Dependent 2</b>	33.53 lei		
	<b>Dependent 3</b>	33.53 lei		
	<b>Dependent 4</b>	33.53 lei		
	<b>Dependent 5</b>	33.53 lei		
	<b>Dependent 6</b>	33.53 lei		

Prin semnarea prezentului Formular, confirm că doresc să beneficiaz de acoperirile oferite prin planul de asigurare de sanatate la ASIROM, negociat de SAFETY BROKER in numele si in beneficiul PRO LEX și mă angajez să plătesc primele de asigurare aferente. Plata poliței de asigurare se face în 4 rate.

Contact (E-mail, telefon)

\_\_\_\_\_

Data ..... Semnătura .....

**Mențiuni:**

- În situația în care se va întruni numărul minim de înrolați de 4000 de persoane, Perioada asigurată va putea începe în data de 1 Martie 2019, la tarifele menționate mai sus.
- În situația în care nu se va întruni numărul minim de înrolați de 4000 de persoane, începutul Perioadei de asigurare se va decala, data de început urmând a fi comunicată prin canalul de comunicare agreat în prezentul Formular.
- Prima rată se va achita până pe data de 10 a lunii de începere a Perioadei asigurate. Sumele de mai sus trebuie plătite către SAFETY BROKER DE ASIGURARE, CUI 17437817, la următoarele coordonate bancare:  
**Bancă: Banca Transilvania**  
**Adresă: BUCUREȘTI**  
**IBAN RON: RO47BTRL0460160100739346**  
După efectuarea fiecărei plăți, vă rugăm să transmiteți copia ordinului de plată pe Email [cristina.croitoru@safetybroker.ro](mailto:cristina.croitoru@safetybroker.ro)
- Detalii privind accesarea serviciilor medicale regăsiți pe site-ul PRO LEX la rubrica Avantaje.

Prin semnarea acestei declarații am luat la cunoștință și înțeleg conținutul „Informării privind prelucrarea datelor cu caracter personal (Cod IPDCP-3)” și mă oblig să transmit tuturor persoanelor ale căror date cu caracter personal le furnizez în procesul de emitere poliță în vederea informării corecte a acestora. Prin semnarea acestui document, persoanele care au optat pentru asigurarea mai sus menționată își exprimă acordul în ceea ce privește prelucrarea datelor cu caracter personal și medical fără de care Asirom VIG și Safety Broker de Asigurare nu își pot îndeplini obligațiile contractuale.

Vă rugăm să trimiteți acest formular împreună cu o copie după legitimație/adeverință de membru al Sindicatului PRO LEX scanat la adresa de E-mail: [cristina.croitoru@safetybroker.ro](mailto:cristina.croitoru@safetybroker.ro)