

pieczętka firmowa/ dla klientów – firm/

Kancelaria Content Insurance Anna Borowiak Broker Ubezpieczeniowy, z siedzibą w Koszalinie ul Projektantów 9 m9, działa na rzecz klienta współpracując z wieloma Ubezpieczycielami zarejestrowanymi w Polsce wykaz na portalu : [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl) / [https://www.knf.gov.pl/podmioty/wyszukiwarka\\_podmiotow/](https://www.knf.gov.pl/podmioty/wyszukiwarka_podmiotow/)  
Podstawą działalności brokerskiej jest ustawa z dnia 15 grudnia 2017r o dystrybucji ubezpieczeń / Dz. U. 2017 poz 2486z późn. Zm./ . Moja licencja brokerska ma numer 777/00 . Wpis do rejestru brokerów-[https://snu.knf.gov.pl/SNU\\_ONLINE](https://snu.knf.gov.pl/SNU_ONLINE), prowadzony przez Komisję Nadzoru Finansowego [www.knf.gov.pl](http://www.knf.gov.pl) .Sposób sprawdzenia wpisu do rejestru brokerów : wpisanie danych brokera na podanej wyżej stronie.

### PEŁNOMOCNICTWO /List Brokerski/

Z dniem .....- do pisemnego odwołania z 30 dniowym wyprzedzeniem - udziela się pełnomocnictwa Kancelarii Brokerskiej „ Content Insurance” Anna Borowiak- Broker Ubezpieczeniowy (licencja brokerska nr 777/00) z siedzibą w 75- 324 Koszalin ul Projektantów 9 m9 do, reprezentowania naszych interesów w zakresie szeroko pojętego tematu ubezpieczeń (również do składania w naszym imieniu oświadczeń woli w sprawach dotyczących ubezpieczeń jak np. podpisywania wniosków oraz innych niezbędnych dokumentów ubezpieczeniowych, a także do odbioru i podpisywania polis – po uzyskaniu każdorazowej zgody klienta / telefonicznej a najchętniej- pisemnej drogą email/.

Niniejsze pełnomocnictwo jest także zgodą na współpracę w zebraniu wszelkich technicznych i finansowych informacji niezbędnych do reprezentacji Klienta i zawarcia w jego imieniu oraz obsługi umów ubezpieczeniowych.

W ramach udzielonego pełnomocnictwa firma brokerska „ Content Insurance” Anna Borowiak Broker Ubezpieczeniowy zobowiązuje się w szczególności do:

- analizy rodzaju i wielkości ryzyka, negocjacji warunków ubezpieczenia i doradztwa w wyborze Ubezpieczyciela,
- ulokowania ubezpieczenia i stałej obsługi zawieranych ubezpieczeń oraz nadzoru nad wykonaniem umów,
- pomocy i reprezentowania klienta w towarzystwach ubezpieczeniowych -w przypadku problemów w procesie odszkodowawczym .

Pełnomocnictwo uprawnia również do wypowiedzania umów - oc komunikacyjnego.

Zgodnie z wymogami określonymi w art. 22ust lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017r o dystrybucji ubezpieczeń / Dz. U. 2017 poz 2486/ informuję, że wynagrodzenie brokera / kurtaż/ ma charakter prowizji od zapłaconej przez klienta składki i wypłacany jest przez Ubezpieczyciela sfinalizowanej umowy ubezpieczenia.

Zawierając umowę na rzecz innych Ubezpieczonych- Klient oświadcza, że działa za zgodą tych osób, również w sprawie dotyczącej przetwarzania danych osobowych i wie, że jako Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia składki.

W przypadku zmiany danych dotyczących ubezpieczenia jak np. adresu, kontaktów itp. – zobowiązuje się klienta do powiadomienia Kancelarii „Content”.

Oświadczam, że została mi przedstawiona informacja dotycząca moich praw odnośnie przetwarzania moich danych osobowych- zgodnie z zg. z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r obowiązującym od 25 05 2018r oraz informacja dotycząca reklamacji/ skarg/ drogi sądowej – zg z Zgodnie z wymogami określonymi w art. 22ust lub 23 ustawy z dnia 15 grudnia 2017r o dystrybucji ubezpieczeń / Dz. U. 2017 poz 2486/.

Niniejsze pełnomocnictwo nie upoważnia Brokera do odbioru pism, zaświadczeń lub oświadczeń woli od Ubezpieczyciela, skutkujących zmianą lub wypowiedzeniem warunków zawartej umowy ubezpieczenia – **tego rodzaju korespondencja musi być doręczana przez Ubezpieczyciela bezpośrednio na adres Zleceniodawcy, z kopią do wiadomości Brokera, pod rygorem bezskuteczności doręczenia.**

Podpis przedst. firmy brokerskiej

Strona udzielająca pełnomocnictwa

.....  
PODPIS CZYTELNY .....  
Adres.....  
.....  
Tel GSM.....  
TEL stacjonarny.....  
Pesel/ konsumenci/.....  
NIP/ przedsiębiorcy/.....  
E mail : .....

**Wyrażam zgodę na przetwarzanie dotyczących mnie danych osobowych „wrażliwych” / np dotyczących zdrowia/w ramach realizacji celu wynikającego z pełnomocnictwa brokerskiego/ art 9 ust 2 pkt a ogólnego rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r obowiązującym od 25 05 2018r /**

Koszalin Data: .....

Podpis czytelny.....

Jednocześnie, w związku z przechowywaniem i przetwarzaniem moich danych osobowych -dla realizacji celu wynikającego z udzielonego pełnomocnictwa i ubezpieczeniowej obsługi brokerskiej / zg. z ogólnym rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r obowiązującym od 25 05 2018r /, wyrażam zgodę na wykorzystywanie środków porozumiewania się na odległość przy przekazywaniu informacji i dokumentów jak np. karty produktów, ofert , rekomendacji, polis, warunków ubezpieczenia itp. również w formie :

- elektronicznej korespondencji pocztowej **na adres jak wyżej :**

Koszalin Data ..... Podpis czytelny.....

- drogą telefoniczną – **na numer telefonu jak wyżej :**

Koszalin Data: ..... Podpis czytelny.....