

ACORD DE PLATĂ ȘI PRELUCRARE A DATELOR CU CARACTER PERSONAL

În scopul activării asigurării ASIROM și a transmiterii datelor către ASIROM Vienna Insurance Group

Subsemnatul(a) _____, CNP: _____, domiciliat(ă) în _____, telefon: _____, e-mail: _____, membru al IPA Regiunea _____, card IPA seria RO _____ sau dependent al membrului IPA, card IPA seria RO _____.

Îmi exprim acordul expres privind plata asigurării ASIROM **indiferent de gradul sau frecvența utilizării serviciilor, după cum urmează :**

☐ sunt de acord să achit personal prin virament contravaloarea asigurării de sănătate **ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A până la data de 15 a lunii** în contul IPA Secția Română, CUI: 21577061, deschis la Banca Comercială Română, având IBAN RO26RNCB0289087869780001,

sau

☐ sunt de acord ca organul financiar al unității unde îmi desfășor activitatea _____ (denumire financiar sau Casa de pensii M.A.I) să opereze, pe statul de plată al salariului sau pe drepturile de pensie, prin reținerea în rate lunare egale a asigurării de sănătate conform contractului/contractelor semnate de mine cu Asirom și ale dependenților mei (membri ai familiei), urmând ca aceste instituții să vireze reținerile în contul IPA Secția Română, CUI: 21577061, deschis la Banca Comercială Română RO26RNCB0289087869780001, iar IPA Secția Română va achita, pentru și în numele meu și/sau al dependenților mei, contravaloarea asigurării medicale către ASIROM.

De asemenea, îmi exprim acordul expres și neechivoc pentru ca :

- IPA Secția Română să colecteze, prelucreze și să transmită datele mele și/sau ale dependenților mei cu caracter personal către operatorul de asigurare de sănătate **ASIROM VIENNA INSURANCE GROUP S.A** parteneră, în scopul încheierii și administrării unei asigurări de sănătate individual pentru mine și pentru dependenții mei (soțul/soția /copii /sau partener/partenera), precum și în scopuri legale ce decurg din calitatea de membru, în scopuri de marketing, pentru a primi mesaje sau informații cu oferte pentru evenimentele, proiectele, produsele sau serviciile oferite membrilor IPA de partenerii săi comerciali/necomerciali, inclusiv prin mijloace electronice și automate, prin creare de profiluri sau prin comunicarea datelor către prestatorii de servicii cu care asociația, direct sau prin regiuni/filiale, a încheiat contracte de colaborare în beneficiul membrilor IPA.

- Să anunț în scris solicitarea de anulare a asigurării de sănătate ASIROM în scris la adresa asirom@iparomania.ro până cel târziu la data de 20 a lunii cu obligația de plată a serviciilor până la data efectivă a anulării, ziua de 1 a lunii următoare .**

Am citit și sunt de acord cu termenii și condițiile menționate pe website-ul IPA Secția Română și a operatorului de asigurare.

În cazul nerespectării condițiilor menționate anterior, vă informăm că ne vom adresa autorităților competente în vederea recuperării sumelor restante.

Acest acord este valabil până la momentul retragerii în scris a consimțământului.

Data: _____

Semnătura: _____