

Imię, Nazwisko

PESEL

Nr telefonu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą firmy **Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group** z siedzibą w: **02-342 Warszawa, al. Jerozolimskie 162** w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników, współmałżonków/partnerów i dzieci pracowników FHU „Sobik” Leszek Sobik oraz „Sobik” Zakład produkcyjny sp.j.

wyrażam zgodę na objęcie mnie/członków mojej rodziny ofertą grupowego ubezpieczenia zdrowotnego i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

Pakiet	Złoty			Złoty + Reha 20			Senior	
	Składka Pracodawcy	Dopłata Pracownika	Wybór „X”	Składka Pracodawcy	Dopłata Pracownika	Wybór „X”	Składka pracownika	Wybór „X”
indywidualny	52 zł	9 zł		64 zł	11 zł		100 zł	
partnerski	52 zł	74 zł		64 zł	88 zł		-	
rodzinny	52 zł	135 zł		64 zł	157 zł		-	

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA ORAZ PODATKU OD WYSOKOŚCI SKŁADKI FINANSOWANEJ PRZEZ PRACODAWCĘ

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącenie z mojego wynagrodzenia i innych wypłat dokonywanych na moją rzecz przez pracodawcę składki w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto Compensa TU S.A. VIG w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego od miesiąca Ponadto oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącenie z mojego wynagrodzenia i innych wypłat dokonywanych na moją rzecz podatku od wysokości składki finansowanej przez Pracodawcę w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
data i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji wskazanych w art.17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999), w formie skróconej do ogólnych warunków ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące:

- przesłanek wypłaty świadczeń, ograniczeń oraz wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego ograniczenia – zgodnie z art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999) w formie skróconej do OWU na trwałym nośniku;
- pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w **Compensa TU S.A. VIG** (OWU, ulotka informacyjna) zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999);
- prawa do złożenia reklamacji, wniesienia skargi, pozasądowego rozwiązywania sporów oraz o sposobie składania reklamacji (zamieszczone w OWU) zgodnie z art.18 ust. 4 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999);

KLAUZULA INFORMACYJNA NORD PARTNER SP. Z O.O.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) informujemy, że:

- Administratorem Państwa danych osobowych jest: **Nord Partner Sp. z o.o. z siedzibą w 87-100 Toruń, ul. Lubicka 16.**
- Państwa dane osobowe są niezbędne do świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz oceny ryzyka ubezpieczeniowego, dochodzenia roszczeń wynikających z umowy ubezpieczenia, a także wykonania ciążących na naszej formie obowiązków prawnych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany (a), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym danych szczególnej kategorii), zawartych w przekazywanej przeze mnie dokumentacji medycznej, przez NORD PARTNER sp. z o.o. w celu świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz na udostępnienie ich ubezpieczycielom oraz innym podmiotom, które na ich zlecenie dokonują czynności związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl/rodo

.....
data

.....
Ubezpieczony główny

.....
Współubezpieczony 1

.....
Współubezpieczony 2

.....
Współubezpieczony 3