

Imię, Nazwisko

data urodzenia

nr telefonu

adres e-mail

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników KORFF ISOLMATIC z o.o. oraz ich współmałżonków / partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci:

- Wyrażam zgodę na objęcie mnie ubezpieczeniem i akceptuję propozycję ubezpieczenia ze składką miesięczną:

Wariant I	Wariant II
☐ 65,50 zł	☐ 72,00 zł

- Wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem członka rodziny: (w kratce poniżej proszę podać liczbę przystępujących członków rodziny – w przypadku przystępowania nowego członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby):

Wariant I	Wariant II
☐ 65,50 zł	☐ 72,00 zł

- Nie wyrażam zgody na objęcie mnie grupowym ubezpieczeniem na życie.

☐**WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA**

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącanie z mojego wynagrodzenia i innych wypłat dokonywanych na moją rzecz przez pracodawcę składki w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto PZU Życie SA w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

.....
Data i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI	POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD PRACODAWCY
Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w tym Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz ze skorowidzem zawierającym informacje wskazane w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2021, poz. 1130) oraz pozostałych warunków umowy ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).	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. 2021, poz. 1130) w formie skorowidza do OWU na trwałym nośniku; - pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w PZU Życie SA (OWU oraz ulotka informacyjna) – zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2021, poz. 1130); - 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. 2021, poz. 1130);
..... Data i podpis pracownika	 Data i podpis pracownika

KLAUZULA INFORMACYJNA NORD PARTNER SP. Z O.O.

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

- Administratorem danych osobowych jest: **Nord Partner sp. z o.o., ul. Lubicka 16, 87-100 Toruń.**
- 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 firmie obowiązków prawnych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń (Dz.U.2022.905).
- Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl

Wypełnione oświadczenie proszę dostarczyć do osoby obsługującej ubezpieczenie grupowe w zakładzie pracy