

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą **Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A.** z siedzibą w Warszawie (00-133), al. Jana Pawła II 24 w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników **P.W. Dremex Sp. z o.o., Raweco Sp. z o.o., WOST S.A., WOST Serwis Sp. z o.o., ETG Sp. z o.o., Carbomet Sp. z o.o.** oraz członków ich rodzin **wyrażam zgodę na objęcie mnie/członków mojej rodziny ofertą grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w PZU Życie S.A.** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

Po wybraniu pakietu i zakresu proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim kwadracie:

PAKIET ↓	STANDARD	KOMFORT	KOMFORT PLUS	OPTIMUM
Pakiet indywidualny pracownik	2,37 zł ☐	27,87 zł ☐	57,87 zł ☐	77,87 zł ☐
Pakiet partnerski – pracownik, małżonek/partner albo jedno dziecko	25,82 zł ☐	76,82 zł ☐	136,82 zł ☐	176,82 zł ☐
Pakiet rodzinny – pracownik, małżonek/partner, dzieci (bez względu na liczbę dzieci)	49,27 zł ☐	125,77 zł ☐	215,77 zł ☐	275,77 zł ☐

Pracodawca dofinansowuje pracownikowi składkę uzależnioną od wybranego zakresu i pakietu, co stanowi przychód pracownika, od którego jest odprowadzany podatek dochodowy. Powyższa tabela zawiera składki, które ponosi pracownik po uwzględnieniu dofinansowania przez pracodawcę.

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

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 PZU Życie S.A. w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna od miesiąca 20.... roku.

.....
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 skorowidza 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 skorowidza do OWU na trwałym nośniku;
- pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń na Życie S.A. (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 ciężących 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