

Imię, Nazwisko

nr telefonu

adres e-mail

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE

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 i zdrowie dla pracowników Urzędu Miasta oraz jednostek oświatowych w Oświęcimiu oraz ich współmałżonków / partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci (w przypadku opieki medycznej niepełnoletnich dzieci):

1) **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie ubezpieczeniem i akceptuję propozycję ubezpieczenia ze składką miesięczną (zobowiązuję się podpisać deklarację przystąpienia):

Wariant I	Wariant I + ONKO	Wariant II	Wariant II + ONKO	Wariant III	Wariant III + ONKO	Wariant IV	Wariant IV + ONKO
☐ 79,10 zł	☐ 91,10 zł	☐ 68,60 zł	☐ 80,60 zł	☐ 70,00 zł	☐ 82,00 zł	☐ 63,90 zł	☐ 75,90 zł

2) **Wyrażam zgodę** na objęcie ubezpieczeniem członka rodziny: pełnoletniego dziecka, małżonka lub partnera życiowego (w kratce poniżej proszę podać liczbę przystępujących członków rodziny – w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypisać deklarację przystąpienia tej osoby):

Wariant I	Wariant I + ONKO	Wariant II	Wariant II + ONKO	Wariant III	Wariant III + ONKO	Wariant IV	Wariant IV + ONKO
☐ 79,10 zł	☐ 91,10 zł	☐ 68,60 zł	☐ 80,60 zł	☐ 70,00 zł	☐ 82,00 zł	☐ 63,90 zł	☐ 75,90 zł

3) **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 łącznej 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. 2018, poz. 999) oraz pozostałych warunków umowy ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).	Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące: 1) 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; 2) pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w PZU Życie SA (OWU oraz ulotka informacyjna) – zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999); 3) 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 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 ciężących na naszej firmie obowiązków prawnych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń. - Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl/rodo. - Ubezpieczony wyrażający zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem w PZU Życie SA członków swojej rodziny, przejmuje obowiązek poinformowania tych osób o zasadach przetwarzania ich danych przez Nord Partner sp. z o.o., w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia.	

.....
Data i podpis ubezpieczonego głównego

.....
Data i podpis ubezpieczonego dodatkowego
(jeśli przystępuje małżonek/partner)

.....
Data i podpis ubezpieczonego dodatkowego
(jeśli przystępuje pełnoletnie dziecko)

Wypełnione oświadczenie proszę dostarczyć do osoby obsługującej ubezpieczenie grupowe