
Imię, Nazwisko-----
nr telefonu-----
adres e-mail

Wypełnione oświadczenie proszę podpisać podpisem cyfrowym i odesłać na adres ubezpieczenia@sum.edu.pl

w nieprzekraczalnym terminie do dnia 23 lutego 2024 r.

W przypadku braku cyfrowego podpisu proszę o wydrukowanie i dostarczenie do Działu Płac SUM, ul. Poniatowskiego 15, 40-055 Katowice lub pocztą wewnętrzną

w nieprzekraczalnym terminie do dnia 23 lutego 2024 r.

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 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci:

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

PZU 1	PZU 2	PZU 3	PZU 4	PZU 5	PZU 6
☐ 46,50 zł	☐ 59,00 zł	☐ 54,00 zł	☐ 110,50 zł	☐ 75,00 zł	☐ 148,00 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie ubezpieczeniem członka rodziny: pełnoletniego dziecka, małżonka lub partnera życiowego (w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby):

PZU 1	PZU 2	PZU 3	PZU 4	PZU 5	PZU 6
☐ 46,50 zł	☐ 59,00 zł	☐ 54,00 zł	☐ 110,50 zł	☐ 75,00 zł	☐ 148,00 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie dodatkowym pakietem „ONKO” – Wsparcie na wypadek nowotworu (zobowiązuję się podpisać deklarację przystąpienia):

PZU ONKO
☐ 17,00 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 łącznej składki w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto PZU Życie SA w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

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: • przestaniek 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 PZU Życie SA (OWU oraz 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:	
1. Administratorem danych osobowych jest: Nord Partner sp. z o.o., ul. Lubicka 16, 87-100 Toruń. 2. 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. 3. Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl	

Data i podpis pracownika