

Imię, Nazwisko

Nr Pesel

Nr telefonu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną przez Ubezpieczającego ofertą **STU na Życie Ergo Hestia S.A. z siedzibą w Sopocie (81 - 731), ul. Hestii 1** w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie pracowników, małżonków/partnerów i pełnoletnich dzieci pracowników **Urzędu Miasta Inowrocławia**:

1/ wyrażam zgodę na objęcie ofertą grupowego ubezpieczenia w STU na Życie ERGO Hestia S.A. i akceptuję przedstawioną propozycję ze składką w wysokości:

☐ 61,60 zł

☐ 69,70 zł

☐ 72,50 zł

2/ wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem w STU na Życie Ergo Hestia S.A. członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (członek rodziny przystępuje do tego samego wariantu ubezpieczenia co pracownik; w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 61,60 zł

☐ 69,70 zł

☐ 72,50 zł

3/ wyrażam chęć przystąpienia do ubezpieczenia dodatkowego, tzw. „cegiełki”:

☐ 14,00 zł ochrona NNW

☐ 24,00 zł ochrona życie i zdrowie

☐ 15,00 zł ochrona dziecka

4/ nie wyrażam zgody na przystąpienie do ubezpieczenia na nowych warunkach ☐

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącenie z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, wypadkowego, rodzicielskiego i innych wypłat dokonywanych na moją rzecz przez pracodawcę składki w wysokości zł za pracownika oraz zł za członka/ów rodziny i przekazanie tej kwoty na konto STU na Życie Ergo Hestia S.A. w związku z przystąpieniem do oferty grupowego ubezpieczenia na życie od miesiąca

.....
Data i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI

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).

.....
Data i podpis ubezpieczonego
(pracownika)

.....
Data i podpis współubezpieczonego
(małżonka/partnera)

.....
Data i podpis współubezpieczonego
(pełnoletniego dziecka)

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 STU na Życie Ergo Hestia S.A. (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);

.....
Data i podpis ubezpieczonego
(pracownika)

.....
Data i podpis współubezpieczonego
(małżonka/partnera)

.....
Data i podpis współubezpieczonego
(pełnoletniego dziecka)

KLAUZULA INFORMACYJNA NORD PARTNER SP. z o.o.

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

1.Administratorem Państwa danych osobowych jest: **Nord Partner Sp. z o.o. z siedzibą w 87-100 Toruń, ul. Lubicka 16.**

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 roku o dystrybucji ubezpieczeń.

Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl