

Wypełnione oświadczenie wraz z załączoną deklaracją przystąpienia do ubezpieczenia proszę złożyć w Sekretariacie ZOPO / Szkoły / Placówki **w nieprzekraczalnym terminie do dnia 20 maja 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 Jednostek Oświatowych obsługiwanych przez Zespół Obsługi Placówek Oświatowych w Tarnowskich Górach 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
☐ 70,90 zł	☐ 77,20 zł	☐ 80,20 zł	☐ 89,60 zł	☐ 93,50 zł	☐ 123,20 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
☐ 70,90 zł	☐ 77,20 zł	☐ 80,20 zł	☐ 89,60 zł	☐ 93,50 zł	☐ 123,20 zł

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

PZU Dziecko	PZU ONKO
☐ 16,00 zł	☐ 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: - 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 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:	
- 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. - 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. - Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl	

.....
Data i podpis pracownika

JAK WYPEŁNIĆ DEKLARACJĘ

DEKLARACJĘ WYPEŁNIA KAŻDA OSOBA PRZYSTĘPUJĄCA DO UBEZPIECZENIA, MOŻE TO BYĆ: PRACOWNIK, MAŁŻONEK, PARTNER ŻYCIOWY LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO.

STRONA 1

- **Deklaracja przystąpienia** do Klubu PZU Pomoc w życiu dla ZOPO Tarnowskie Góry i grupowego ubezpieczenia:

Proszę zaznaczyć odpowiedni kwadrat; Przystępuję jako: pracownik / pełnoletnie dziecko / małżonek / partner życiowy.

KAŻDA OSOBA PRZYSTĘPUJĄCA DO UBEZPIECZENIA WYPEŁNIA ODRĘBNĄ DEKLARACJĘ

- **Dane osoby** przystępującej do ubezpieczenia wraz z danymi kontaktowymi:

Wypełniamy DRUKOWANYMI literami. Podanie adresu e-mail, nr telefonu ułatwi późniejszą obsługę świadczeń.

STRONA 2

- Wybierz interesujący wariant ubezpieczenia typ P PLUS (łącznie z WRW), a także wariant PZU Na Życie PLUS (Pakiet dodatkowy „ONKO” i / lub „Dziecko”

Szczegóły oferty znajdą Państwo w załączonej ofercie oraz OWU (dostępnych na www.nordpartner.pl/TG-ZOPO)

- **Uposażeni** – wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po śmierci osoby ubezpieczonej.
- **Dane partnera życiowego** – wypełnij jeśli nie jesteś w związku małżeńskim, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek.
- **Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego** – tą część wypełnia pracownik, zarówno na swojej deklaracji jak i na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego (jeśli te osoby przystępują do ubezpieczenia).

WAŻNE – w tej części pracownik musi **podpisać się na deklaracji członka rodziny (jako ubezpieczony podstawowy)** jak również jeśli wypełnia własną deklarację.

STRONA 3

- **Oświadczenia osoby, która przystępuje do ubezpieczenia** – proszę o zwrócenie szczególnej uwagi na pkt. 5 – oświadczenie dotyczące zdrowia.

To oświadczenie **DOTYCZY WYŁĄCZNIE CZŁONKA RODZINY**, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:

- 1) nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym w PZU Życie SA, albo
- 2) byli objęci takim ubezpieczeniem ale krócej niż 12 miesięcy, albo
- 3) byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony.

- **Zgody marketingowe** – pola dobrowolne.

STRONA 4

- **Zapoznaj się i podpisz** – wymagany podpis oraz data osoby przystępującej (pracownika / małżonka / partnera życiowego / pełnoletniego dziecka).
- Informacje dotyczące przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu – NIE WYPEŁNIAMY

Wzór, jak wypełnić deklarację znajdą Państwo również pod adresem www.nordpartner.pl/TG-ZOPO
