

Imię, Nazwisko

Nr Pesel

Nr telefonu

Adres e-mail

☐

Oświadczenie

☐

Zmiana oświadczenia

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną mi przez Pracodawcę ofertą w zakresie **grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie** dla pracowników RON oraz żołnierzy zawodowych oraz członków ich rodzin, złożoną w postępowaniu konkursowym przez **Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie SA** z siedzibą w Warszawie (00-843), Rondo Ignacego Daszyńskiego 4:

- 1) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą **grupowego ubezpieczenia w PZU Życie SA** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 83,90 zł ☐ 83,40 zł ☐ 95,90 zł ☐ 94,40 zł ☐ 106,90 zł
- ☐ 118,90 zł ☐ 79,90 zł ☐ 131,90 zł ☐ 111,90 zł
- 2) wyrażam zgodę na objęcie **grupowym ubezpieczeniem w PZU Życie SA członka mojej rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (członek rodziny (małżonek/partner życiowy/pełnoletnie dziecko) może przystąpić do dowolnego wariantu ubezpieczenia; w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):
- ☐ 83,90 zł ☐ 83,40 zł ☐ 95,90 zł ☐ 94,40 zł ☐ 106,90 zł
- ☐ 118,90 zł ☐ 79,90 zł ☐ 131,90 zł ☐ 111,90 zł
- 4) wyrażam chęć rozszerzenia **mojego ubezpieczenia zdrowotnego o pakiet:**
- ☐ 49,90 zł Komfort ☐ 113,30 zł Komfort Plus
- 5) wyrażam chęć rozszerzenia ubezpieczenia zdrowotnego o **zakres dla członka rodziny: dla partnera życiowego/małżonka/pełnoletniego dziecka** - pakietów:
- ☐ 49,90 zł Komfort ☐ 113,30 zł Komfort Plus
- dla niepełnoletniego dziecka (lub jeśli się uczy do ukończenia 25 r.ż.)** - pakietów (ten sam pakiet co pracownik/żołnierz).
- ☐ 31,15 zł Standard ☐ 81,05 zł Komfort ☐ 144,45 zł Komfort Plus
- 6) **nie wyrażam zgody** na objęcie mnie grupowym ubezpieczeniem na życie i zdrowie w PZU Życie SA, jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że nie ma możliwości kontynuowania ubezpieczenia w formie grupowej w ramach programu obowiązującego **do 30.09.2024r.** W przypadku zmiany decyzji złożę pisemną informację u Pracodawcy wraz z wymaganymi dokumentami uprawniającymi do objęcia mnie ubezpieczeniem.

☐**Cegiełki dodatkowe – dobrowolne (bez wymaganego limitu wielkości grupy)**

- 1) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Wsparcie dla Bliskich PLUS** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 12,00 zł ☐ 17,00 zł
- 2) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Wsparcie dla Bliskich PREMIUM** (wymagane oświadczenie medyczne) i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 30,00 zł ☐ 45,00 zł
- 3) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Ochrona na Wypadek Nowotworu Ubezpieczonego** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 12,00 zł ☐ 17,00 zł ☐ 29,00 zł
- 4) wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Ochrona na Wypadek Nowotworu Ubezpieczonego** członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):
- ☐ 12,00 zł ☐ 17,00 zł ☐ 29,00 zł
- 5) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Pakiet dla Dzieci** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 12,00 zł
- 6) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Wsparcie dla Rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 5,00 zł ☐ 10,00 zł ☐ 15,00 zł
- 7) wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej Wsparcie dla Rodziny** członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):
- ☐ 5,00 zł ☐ 10,00 zł ☐ 15,00 zł
- 8) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej PZU W Razie Wypadku** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:
- ☐ 6,50 zł ☐ 12,00 zł
- 9) wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach **cegiełki dodatkowej PZU W Razie Wypadku** członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):
- ☐ 6,50 zł ☐ 12,00 zł

W przypadku zmiany decyzji złożę pisemną informację u Pracodawcy wraz z wymaganymi dokumentami uprawniającymi do objęcia mnie ubezpieczeniem.

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. 2023, poz. 656 tj.) oraz pozostałych warunków umowy ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

Data i podpis ubezpieczonego*
(pracownika/żołnierza)

Data i podpis współubezpieczonego*
(małżonka/partnera)

Data i podpis współubezpieczonego*
(pełnoletniego dziecka/dzieci)

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD PRACODAWCY

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. 2023, poz. 656 tj.) w formie skorowidza do OWU na trwałym nośniku;
- pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w PZU Życie SA (OWU, ulotka informacyjna) – zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2023, poz. 656 tj.)
- 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. 2023, poz. 656 tj.)

Data i podpis ubezpieczonego*
(pracownika/żołnierza)

Data i podpis współubezpieczonego*
(małżonka/partnera)

Data i podpis współubezpieczonego*
(pełnoletniego dziecka/dzieci)

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 formie obowiązków prawnych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 15 grudnia 2017r. o dystrybucji ubezpieczeń.
3. Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl/rodo.
4. 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.