

☐ Oświadczenie ☐ Zmiana oświadczenia

Imię, Nazwisko

PESEL

Nr telefonu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą Towarzystwa Ubezpieczeń Zdrowie S.A. z siedzibą w Gdyni (81-319), ul. Śląska 17 w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników FoodWell Sp. z o.o. oraz członków ich rodzin **wyrażam zgodę na objęcie mnie/członków mojej rodziny ofertą grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w TU ZDROWIE S.A.** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

Po wybraniu pakietu i zakresu proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim kwadracie, a w Zdrowie E SENIOR liczbę osób:

PAKIET ↓	Zdrowie B	Zdrowie D	Zdrowie F	Zdrowie VIP	Zdrowie E SENIOR
Pakiet indywidualny pracownik	1 zł ☐	5 zł ☐	5 zł	5 zł ☐	287 zł ☐
Pakiet rodzinny – pracownik, małżonek/partner, dzieci (bez względu na liczbę dzieci)	-	241 zł ☐	266 zł ☐	728 zł ☐	-
Składki wskazane w powyższej tabeli są kosztem pracownika, ale nie zawierają podatku od części finansowanej przez pracodawcę. Pracownik może wybrać wyższy zakres niż dedykowany dopłacając różnicę w składce.					

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącenie z mojego wynagrodzenia i innych wypłat dokonywanych na moją rzecz przez pracodawcę składki w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto TU ZDROWIE S.A. w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego od miesiąca 20.... roku.

.....
data i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji wskazanych w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999), w formie skróconego do ogólnych warunków ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

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 skróconego do OWU na trwałym nośniku;
- pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w Towarzystwie Ubezpieczeń Zdrowie S.A. (OWU, dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, 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 Państwa danych osobowych jest: **Nord Partner Sp. z o.o. z siedzibą w 87-100 Toruń, ul. Lubicka 16.**
- 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 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany (a), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym danych szczególnej kategorii), zawartych w przekazywanej przeze mnie dokumentacji medycznej, przez NORD PARTNER sp. z o.o. w celu świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz na udostępnienie ich ubezpieczycielom oraz innym podmiotom, które na ich zlecenie dokonują czynności związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej:

www.nordpartner.pl/rodo

.....
data

.....
Ubezpieczony główny

.....
Współubezpieczony 1

.....
Współubezpieczony 2

.....
Współubezpieczony 3

Informacje niezbędne do przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego

LP	NAZWISKO	IMIĘ	PŁEĆ K/M	DATA URODZENIA DD-MM-RRRR	PESEL	STANOWISKO (FUNKCJA)	TELEFON KOMÓRKOWY	EMAIL	POWINOWACTWO
1									Pracownik
2									Małżonek/partner życiowy
3									Dziecko 1
4									Dziecko 2
5									Dziecko 3
6									Dziecko 4

Data i czytelny podpis pracownika