

☐

Oświadczenie

☐

Zmiana oświadczenia

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Nr telefonu

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną propozycją w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego – prywatnej opieki medycznej dla pracowników, małżonków/partnerów życiowych i małoletnich dzieci pracowników Urzędu Miejskiego w Białymstoku.

- I. **Wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem Opieka Medyczna** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (prosimy o zaznaczenie znakiem **X** jeden z wybranych wariantów):

Pakiet indywidualny

	Składka miesięczna	Pracownik
START	54,66 zł	
KOMFORT	118,10 zł	
KOMFORT PLUS	185,32 zł	

Pakiet partnerski

	Składka miesięczna	Pracownik + Małżonek/ Partner życiowy lub dziecko (do 25 r.ż.)
START	109,07 zł	
KOMFORT	235,95 zł	
KOMFORT PLUS	370,39 zł	

Pakiet rodzinny

	Składka miesięczna	Pracownik + Małżonek/Partner życiowy + dzieci (dowolna liczba dzieci do 25 r.ż.)
START	163,48 zł	
KOMFORT	353,80 zł	
KOMFORT PLUS	555,46 zł	

- II. **Rezygnuję z możliwości przystąpienia do ubezpieczenia zdrowotnego w zakładzie pracy**

☐

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.	
Data	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	Podpis pracownika
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. 2018, poz. 999) w formie skorowidza do OWU na trwałym nośniku; • pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w PZU Życie 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	Podpis pracownika
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. Lubicka16. 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	
Data	Podpis pracownika

Wypełnione oświadczenie prosimy przekazać bezpośrednio biura zarządzania kadrami.