

.....
Imię, Nazwisko

.....
Nr Pesel

.....
Nr telefonu

.....
Adres e-mail

☐ Oświadczenie

☐ Zmiana oświadczenia

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną przez Pracodawcę ofertą **Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-843), Rondo Ignacego Daszyńskiego 4**, w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie Pracowników i Funkcjonariuszy Izby Administracji Skarbowej we Wrocławiu oraz Członków ich rodzin:

1) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą grupowego ubezpieczenia w PZU Życie S.A.** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

☐ 63,50 zł

☐ 72,00 zł

☐ 78,90 zł

☐ 85,30 zł

☐ 116,50 zł

☐ 72,90 zł

☐ 79,30 zł

☐ 85,20 zł

☐ 78,40 zł

☐ 117,20 zł

2) **wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem w PZU Życie S.A. członka mojej rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (członek rodziny może wybrać inny wariant ubezpieczenia niż pracownik; **w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób**):

☐ 63,50 zł

☐ 72,00 zł

☐ 78,90 zł

☐ 85,30 zł

☐ 116,50 zł

☐ 72,90 zł

☐ 79,30 zł

☐ 85,20 zł

☐ 78,40 zł

☐ 117,20 zł

3) **nie wyrażam zgody na przystąpienie do ubezpieczenia na nowych warunkach**

☐

Równocześnie oświadczam, iż zostałem poinformowany o braku możliwości kontynuowania ubezpieczenia w dotychczas funkcjonującym ubezpieczeniu. W przypadku zmiany decyzji złożę pisemną informację u Pracodawcy wraz z wymaganymi dokumentami uprawniającymi do objęcia mnie ubezpieczeniem.

Pakiety dodatkowe – dobrowolne (bez wymaganego limitu wielkości grupy)

1) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Wsparcie na Wypadek Nowotworu Ubezpieczonego** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐ 12,00 zł

☐ 17,00 zł

☐ 29,00 zł

2) **wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Wsparcie 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

3) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Ochrona dla Dziecka** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐ 10,00 zł

☐ 16,00 zł

☐ 24,00 zł

4) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Ochrona dla Dziecka członka mojej rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 10,00 zł

☐ 16,00 zł

☐ 24,00 zł

5) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Wsparcie dla Rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐ 5,00 zł

☐ 10,00 zł

☐ 15,00 zł

6) **wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach pakietu dodatkowego 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

7) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Wsparcie dla Bliskich - PLUS** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐ 12,00 zł

☐ 17,00 zł

8) **wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego Wsparcie po wypadku** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐ 6,00 zł

☐ 10,50 zł

☐ 14,50 zł

9) wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach pakietu dodatkowego *Wsparcie po wypadku członka mojej rodziny* i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 6,00 zł ☐ 10,50 zł ☐ 14,50 zł

10) wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach pakietu dodatkowego *W Razie Wypadku* i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐ 6,50 zł ☐ 12,00 zł

11) wyrażam zgodę na objęcie ofertą w ramach pakietu dodatkowego *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

WNIOSEK

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 przekazywanie tej kwoty na konto PZU Życie S.A. w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia na życie od miesiąca

.....
Data i podpis Pracownika/Funkcjonariusza

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. 2024, poz. 838) oraz pozostałych warunków umowy ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

.....
Data i podpis ubezpieczonego
(Pracownika/Funkcjonariusza)

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

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

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. 2024, poz. 838) w formie skorowidza do OWU na trwałym nośniku;
- pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w PZU Życie S.A. (OWU, ulotka informacyjna) – zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2024, poz. 838);
- 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. 2024, poz. 838);

.....
Data i podpis ubezpieczonego
(Pracownika/Funkcjonariusza)

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