

☐ Oświadczenie ☐ Zmiana oświadczenia

Imię, Nazwisko

PESEL

Nr telefonu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą **Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie SA z siedzibą w Warszawie (00-133), al. Jana Pawła II 24** w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników, współmałżonków/partnerów i dzieci pracowników **Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego** wyrażam zgodę na objęcie mnie/członków mojej rodziny ofertą grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w **PZU Życie SA** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką miesięczną w wysokości:

Pakiet		STANDARD		KOMFORT		KOMFORT PLUS		OPTIMUM
INDYWIDUALNY	☐	45,30 zł	☐	92,20 zł	☐	163,30 zł	☐	250,40 zł
PARTNERSKI	☐	90,35 zł	☐	184,15 zł	☐	326,35 zł	☐	500,55 zł
RODZINNY	☐	135,40 zł	☐	276,10 zł	☐	489,40 zł	☐	750,70 zł

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 PZU Życie S.A. w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna od miesiąca 20.... roku. Składka za ubezpieczenie zdrowotne będzie potrącana każdego miesiąca.

.....
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 skorowidza do ogólnych warunków ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące:

- przebieg 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 Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń na Życie S.A. (OWU, 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 ciężących 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