

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą Vienna Life TUnŻ S.A. w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie dla pracowników Zakonu Posługujących Chorym Ojcowie Kamilianie w Tarnowskich Górach oraz ich współmałżonków, partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci:

- **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie ubezpieczeniem i akceptuję propozycję ubezpieczenia ze składką miesięczną:
(zobowiązuję się podpisać deklarację przystąpienia)

Vienna I	Vienna II	Vienna III
☐ 56,55 zł	☐ 66,00 zł	☐ 82,30 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie ubezpieczeniem członka rodziny: pełnoletniego dziecka, małżonka lub partnera życiowego:
(w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby; w kratce proszę podać liczbę osób)

Vienna I	Vienna II	Vienna III
☐ 56,55 zł	☐ 66,00 zł	☐ 82,30 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie dodatkowym ubezpieczeniem **Cegietka ONKOLOGICZNA**
(w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby; w kratce proszę podać liczbę osób)

wariant 1	wariant 2
☐ 19 zł	☐ 28 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie dodatkowym ubezpieczeniem **Cegietka DZIECKO**
(w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby; w kratce proszę podać liczbę osób)

wariant 1	wariant 2
☐ 7 zł	☐ 12 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie dodatkowym ubezpieczeniem **Cegietka NIESZCZĘŚLIWY WYPADEK**
(w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby; w kratce proszę podać liczbę osób)

wariant 1	wariant 2
☐ 8 zł	☐ 13 zł

- **Wyrażam zgodę** na objęcie mnie dodatkowym ubezpieczeniem **Cegietka KARDIOLOGICZNA**
(w przypadku przystępowania członka rodziny, zobowiązuję się wypełnić deklarację przystąpienia tej osoby; w kratce proszę podać liczbę osób)

wariant 1	wariant 2
☐ 10 zł	☐ 16 zł

- **Nie wyrażam zgody** na objęcie mnie grupowym ubezpieczeniem na życie.

☐

.....
Data i podpis pracownika

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 Vienna Life TUnŻ S.A. w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI	POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD PRACODAWCY
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).	Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące: • przestanek 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 Vienna Life TUnŻ S.A. (OWU oraz 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);
KLAUZULA INFORMACYJNA NORD PARTNER SP. Z O.O.	
Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) informujemy, że:	
1. Administratorem danych osobowych jest: Nord Partner sp. z o.o., ul. Lubicka 16, 87-100 Toruń. 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 ciężących na naszej firmie obowiązków prawnych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń. 3. 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. 4. Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl	

.....
Data i podpis pracownika