

☐ Oświadczenie ☐ Zmiana oświadczenia

.....
Imię, Nazwisko

.....
Nr Pesel

.....
Nr telefonu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawionymi przez Pracodawcę ofertami **PZU Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00 - 133), Al. Jana Pawła II 24** oraz **TU na Życie Warta S.A. z siedzibą w Warszawie (00 - 843), Rondo I. Daszyńskiego 1**, w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie pracowników, małżonków/partnerów i pełnoletnich dzieci pracowników **Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego w Szczecinie**:

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

☐ 62,87 zł

☐ 80,19 zł

☐ 109,21 zł

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

☐ 69,00 zł

☐ 89,00 zł

☐ 109,00 zł

3) **wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem w PZU Życie S.A. członka mojej rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 62,87 zł

☐ 80,19 zł

☐ 109,21 zł

4) **wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem w TU na Życie Warta S.A. członka mojej rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 69,00 zł

☐ 89,00 zł

☐ 109,00 zł

Pakiety dodatkowe PZU Życie – dobrowolne (bez wymaganego limitu wielkości grupy)

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach:

a) **pakietu dodatkowego *Ochrona na Wypadek Nowotworu Ubezpieczonego*** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

☐ 12,00 zł

☐ 17,00 zł

☐ 29,00 zł

b) **pakietu dodatkowego *Ochrona 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

c) **pakietu dodatkowego *Ochrona dla Dziecka*** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

☐ 10,00 zł

☐ 16,00 zł

☐ 24,00 zł

d) **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

e) **pakietu dodatkowego *PZU W Razie Wypadku (WRW)*** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

☐ 6,50 zł

☐ 12,00 zł

f) **pakietu dodatkowego *PZU W Razie Wypadku (WRW) członka mojej rodziny*** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 6,50 zł

☐ 12,00 zł

Pakiety dodatkowe WARTA Życie – dobrowolne (bez wymaganego limitu wielkości grupy)

Wyrażam zgodę na objęcie mnie ofertą w ramach:

a) **pakietu dodatkowego *ONKOLOGICZNEGO*** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

☐ 10,00 zł

☐ 20,00 zł

☐ 33,00 zł

b) **pakietu dodatkowego *ONKOLOGICZNEGO* członka mojej rodziny** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐ 10,00 zł

☐ 20,00 zł

☐ 33,00 zł

c) **pakietu dodatkowego *DZIECKO*** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

☐ 15,00 zł

☐ 25,00 zł

☐ 35,00 zł

d) pakietu dodatkowego **DZIECKO** członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐

15,00 zł

☐

25,00 zł

☐

35,00 zł

e) pakietu dodatkowego **WYPADEK** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości

☐

10,00 zł

☐

15,00 zł

☐

20,00 zł

f) pakietu dodatkowego **WYPADEK** członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

☐

10,00 zł

☐

15,00 zł

☐

20,00 zł

5) rezygnuję z dotychczasowej ochrony ubezpieczeniowej w PZU Życie/Warta Życie i cofam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia składki tytułem ubezpieczenia grupowego poczynwszy od składki za miesiąc ☐

6) nie wyrażam zgody na przystąpienie do ubezpieczenia na nowych warunkach ☐

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI MIESIĘCZNEJ Z WYNAGRODZENIA

Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącenie z mojego wynagrodzenia, zasiłku chorobowego, wypadkowego, rodzicielskiego i innych wypłat dokonywanych na moją rzecz przez pracodawcę składki miesięcznej w wysokości zł za pracownika oraz zł za członka/ów rodziny i przekazanie tej kwoty na konto PZU Życie S.A./TU na Życie Warta S.A. (niepotrzebne skreślić) w związku z przystąpieniem do oferty grupowego ubezpieczenia na życie od miesiąca

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

.....
Data i podpis ubezpieczonego
(pracownika)

.....
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./ TU na Życie Warta 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)

.....
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 naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl/rodo