

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Numer kontaktowy

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną propozycją z w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie pracowników, małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników Urzędu Marszałkowskiego Województwa Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie.

I. Wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem na życie w **PZU Życie S.A.** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (prosimy o zaznaczenie znakiem X wybrany wariant):

	Składka	Pracownik	Małżonek/ Partner	Pełnoletnie dziecko
Wariant I	60,00 zł	☐	☐	☐
Wariant II	66,00 zł	☐	☐	☐
Wariant III	82,00 zł	☐	☐	☐
Wariant IV	95,00 zł	☐	☐	☐

II. Chcę rozszerzyć podstawową ochronę o pakiety dodatkowe:

Pakiet dodatkowy	Składka	Pracownik	Małżonek/ partner	Pełnoletnie dziecko
Ochrona dla dziecka	11 zł	☐	☐	☐
	15 zł	☐	☐	☐
	23 zł	☐	☐	☐
	35 zł	☐	☐	☐
W razie wypadku	6,50 zł	☐	☐	☐
	12 zł	☐	☐	☐
Wsparcie na wypadek nowotworu	11 zł	☐	☐	☐
	21 zł	☐	☐	☐
	31 zł	☐	☐	☐
	47 zł	☐	☐	☐
Wsparcie dla Twojego serca	10 zł	☐	☐	☐
	20 zł	☐	☐	☐
	30 zł	☐	☐	☐
Wsparcie dla rodziny	5 zł	☐	☐	☐
	10 zł	☐	☐	☐
	15 zł	☐	☐	☐

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.

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji dotyczących umowy ubezpieczenia, w tym Ogólnych Warunków Ubezpieczenia wraz ze skrótem 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).

Tak ☐

Nie ☐

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 skrótu 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).

Tak ☐

Nie ☐

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 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

Tak ☐

Nie ☐

Data	Podpis



Oświadczenie prosimy przekazać bezpośrednio do osoby prowadzącej obsługę ubezpieczenia.

REZYGNACJA Z DOTYCHCZASOWEGO UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO - GENERALI

(wypełniają osoby dotychczas ubezpieczone)

Ja, niżej podpisany(a)..... oświadczam, że
(Imię i nazwisko pracownika)
rezygnuje z dotychczasowego programu ubezpieczenia grupowego – **GENERALI Życie TU S.A.** Rezygnacja
pracownika jest równoznaczna z rezygnacją członków jego rodziny.

Data	<u>Czytelny podpis pracownika</u>

REZYGNACJA Z PROPOZYCJI UBEZPIECZENIA GRUPOWEGO - PZU

Ja, niżej podpisany(a)..... oświadczam, że
(Imię i nazwisko pracownika)
rezygnuje z możliwości przystąpienia do programu ubezpieczenia grupowego – **PZU Życie SA.**

Data	<u>Czytelny podpis pracownika</u>