

☐ Oświadczenie ☐ Zmiana oświadczenia

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Nr telefonu

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną propozycją z w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego dla pracowników, małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników **Politechniki Białostockiej**:

- I. **Wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w PZU Życie S.A.** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (prosimy o zaznaczenie znakiem X wybrany wariant):

	Składka miesięczna	Pracownik	Składka miesięczna	Małżonek/ Partner życiowy	Dziecko małoletnie
START	70,49 zł		70,24 zł		
KOMFORT	165,01 zł		164,76 zł		
KOMFORT PLUS	246,03 zł		245,78 zł		
OPTIMUM	352,25 zł		352,00 zł		

Małżonek/partner życiowy i dziecko pełnoletnie muszą wybrać ten sam wariant ubezpieczenia co pracownik.

- II. **Rezygnuje z możliwości ubezpieczenia w ramach grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w zakładzie pracy**

☐

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 PZU w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia zdrowotnego.

Data	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. 2018, poz. 999) oraz pozostałych warunków umowy ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

Data	Podpis pracownika

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 skorowidza 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).

Data	Podpis pracownika

KLAUZULA INFORMACYJNA PIB BROKER S.A.

Zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 (RODO) informujemy, że:

1. Administratorem Państwa danych osobowych jest: PIB Broker S.A. z siedzibą przy ul. Na Ostatnim Groszu 3, 54-207 Wrocław
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: <https://piib-broker.pl/>

Data	Podpis pracownika

Wypełnione oświadczenie prosimy przekazać bezpośrednio do osoby prowadzącej obsługę ubezpieczenia w miejscu pracy.