Imię i nazwisko	Data urodzenia	Nr telefonu	Miejsce świadczenia pracy

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną propozycją w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie w PZU Życie SA pracowników, małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników Izby Administracji Skarbowej w Olsztynie

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

	Składka (za osobę/ m-c)	**Pracownik**	**Małżonek/ Partner życiowy**	**Dziecko pełnoletnie**
WARIANT I	**65,64 zł**			
WARIANT II	**79,60 zł**			
WARIANT III	**93,54 zł**			
WARIANT IV	**73,94 zł**			
WARIANT V	**117,24 zł**			

Małżonek/partner życiowy i dziecko pełnoletnie **mogą wybrać inny** wariant ubezpieczenia niż pracownik**.**

II. **Nie wyrażam zgody** na objęcie mnie grupowym ubezpieczeniem na życie PZU ☐

III. Wybieram **Pakiet dodatkowy 1 – Ochrona dla dziecka:**

	Składka (za osobę/ m-c)	**Pracownik**
WARIANT I	**10,00 zł**	
WARIANT II	**16,00 zł**	
WARIANT III	**24,00 zł**	

Jedna składka obejmuje wszystkie dzieci pracownika – bez względu na liczbę dzieci.

IV. Wybieram **Pakiet dodatkowy 2 – Wsparcie w razie nowotworu:**

	Składka (za osobę/ m-c)	**Pracownik**	**Małżonek/ Partner życiowy**	**Dziecko pełnoletnie**
WARIANT I	**12,00 zł**			
WARIANT II	**17,00 zł**			
WARIANT III	**29,00 zł**			

Przystępujący członek rodziny wybiera taki sam wariant jak pracownik

V. Wybieram **Pakiet dodatkowy 3 – Wsparcie dla rodziny**

	Składka (za osobę/ m-c)	**Pracownik**	**Małżonek/ Partner życiowy**	**Dziecko pełnoletnie**
WARIANT I	**5,00 zł**			
WARIANT II	**10,00 zł**			
WARIANT III	**15,00 zł**			

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

VI. Wybieram **Pakiet dodatkowy 4 – Wsparcie w razie wypadku (WRW)**

	Składka (za osobę/ m-c)	**Pracownik**	**Małżonek/ Partner życiowy**	**Dziecko pełnoletnie**
WARIANT I	**6,50 zł**			
WARIANT II	**12,00 zł**			

VII. Wybieram **Pakiet dodatkowy 5 – Wsparcie dla bliskich plus**

	Składka (za osobę/ m-c)	**Pracownik**
WARIANT I	**12,00 zł**	
WARIANT II	**17,00 zł**	

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI Z WYNAGRODZENIA	
Ja, niżej podpisany(a) proszę o potrącanie z mojego wynagrodzenia/uposażenia oraz wszelkich świadczeń wynikających ze stosunku pracy/służby łącznej składki w …… zł i przekazywanie tej kwoty na konto PZU Życie SA w związku z przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie.	
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., 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://pib-broker.pl/	
Data	**Podpis pracownika**

Wypełnione oświadczenie prosimy przekazać bezpośrednio do wyznaczonej osoby
W Urzędzie lub do osoby prowadzącej obsługę ubezpieczenia danej jednostki organizacyjnej.