

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Numer kontaktowy

A. UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną propozycją w zakresie grupowego ubezpieczenia na życie pracowników, małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników PKP Szybka Kolej Miejska w Trójmieście Sp. z o.o.

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	57,80 zł	☐	☐	☐
Wariant II	70,30 zł	☐	☐	☐
Wariant III	84,20 zł	☐	☐	☐
Wariant IV	83,40 zł	☐	☐	☐
Wariant V	102,40 zł	☐	☐	☐
Wariant VI	114,00 zł	☐	☐	☐

II. Rezygnuję z możliwości ubezpieczenia w zakładzie pracy

☐

III. 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	☐	☐	☐

B. UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE - OPIEKA MEDYCZNA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną propozycją w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna dla pracowników, małżonków/partnerów życiowych i pełnoletnich dzieci pracowników PKP Szybka Kolej Miejska w Trójmieście Sp. z o.o.

I. Wyrażam zgodę na objęcie/kontynuację grupowym ubezpieczeniem Opieka Medyczna i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (prosimy o zaznaczenie znakiem X wybrany wariant):

Wariant ubezpieczenia	Pakiet indywidualny		Pakiet partnerski		Pakiet rodzinny	
1 - Start	10,65 zł*	☐	63,05 zł*	☐	115,45 zł*	☐
2 - Komfort	63,04 zł*	☐	167,83 zł*	☐	272,62 zł*	☐
3 - Komfort Plus	121,99 zł*	☐	285,73 zł*	☐	449,47 zł*	☐
4 - Optimum	208,78 zł*	☐	459,31 zł*	☐	709,84 zł*	☐

* Koszt składki uwzględnia dopłatę pracodawcy w kwocie 42 zł

II. Rezygnuję z możliwości objęcia/kontynuacji grupowym ubezpieczeniem Opieka Medyczna w zakładzie pracy ☐

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:

- A. składki na ubezpieczenie na życie w wysokości zł
(słownie.....)
- B. składki na ubezpieczenie zdrowotne – opieka medyczna w wysokości zł
(słownie.....)

Ja, niżej podpisany(a) wnoszę o zwiększenie podstawy wymiaru składki na ubezpieczenia społeczne w związku z finansowaniem przez Pracodawcę składki ubezpieczeniowej Opieka Medyczna w wysokości 42 zł (czterdzieści dwa zł) miesięcznie. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, iż składka finansowana przez Pracodawcę jest obciążona podatkiem dochodowym od osób fizycznych.

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:

- przesłanie 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 PIB Broker Sp. z o.o.

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 w Wrocławiu, 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 ciężących 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/>

Tak ☐ Nie ☐

Data	Podpis



Oświadczenie prosimy przekazać bezpośrednio do osoby prowadzącej obsługę ubezpieczenia.