

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 ofertą grupowego ubezpieczenia PZU Życie i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką:

48,00 zł 65,00 zł 81,00 zł
 54,50 zł 71,50 zł 87,50 zł

2/ wyrażam zgodę na objęcie ofertą grupowego ubezpieczenia w Warta Życie i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką:

48,00 zł 65,00 zł 81,00 zł

3/ wyrażam zgodę na objęcie grupowym ubezpieczeniem w PZU Życie członka mojej rodziny i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości (członek rodziny może przystąpić do innego wariantu ubezpieczenia niż pracownik ; w kratce proszę zaznaczyć liczbę osób):

48,00 zł 65,00 zł 81,00 zł
 54,50 zł 71,50 zł 87,50 zł

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

48,00 zł 65,00 zł 81,00 zł

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

6/ nie wyrażam zgody na przystąpienie do ubezpieczenia na nowych warunkach

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI 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 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. 2018, poz. 999) 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. 2018, poz. 999) w formie skorowidza do OWU na trwałym nośniku;
- pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w PZU Życie S.A. / STU na Życie Ergo Hestia 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 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. Lubicka16.

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: www.nordpartner.pl

Oświadczenie Zmiana oświadczenia

Imię, Nazwisko

PESEL

Nr telefonu

OŚWIADCZENIE O WYBORZE WARIANTU UBEZPIECZENIA

Niniejszym oświadczam, iż po zapoznaniu się z przedstawioną ofertą **PZU Życie S.A. z siedzibą w Warszawie (00-133), al. Jana Pawła II 24** w zakresie grupowego ubezpieczenia zdrowotnego pracowników, małżonków/partnerów i dzieci pracowników **Zachodniopomorskiego Uniwersytetu Technologicznego** wyrażam zgodę na objęcie mnie/członków mojej rodziny ofertą grupowego ubezpieczenia zdrowotnego w **PZU Życie S.A.** i akceptuję przedstawioną propozycję ubezpieczenia ze składką w wysokości:

Nazwa zakresu	Pakiet	Wysokość składki	Wybór „X”
Standard	indywidualny	27,50 zł	
Standard	partnerski	54,80 zł	
Standard	rodzinny	82 zł	
Komfort	indywidualny	56 zł	
Komfort	partnerski	111,80 zł	
Komfort	rodzinny	167,50 zł	
Komfort Plus	indywidualny	86,40 zł	
Komfort Plus	partnerski	172,60 zł	
Komfort Plus	rodzinny	258,70 zł	
Optimum	indywidualny	132,30 zł	
Optimum	partnerski	264,40 zł	
Optimum	rodzinny	396,40 zł	

WNIOSEK O POTRĄCENIE SKŁADKI 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 w wysokości zł i przekazywanie tej kwoty na konto PZU Życie S.A. w związku z przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna od miesiąca 2022 roku.

.....
data i podpis pracownika

OŚWIADCZENIE O ZGODZIE NA ELEKTRONICZNE PRZEKAZYWANIE INFORMACJI

Oświadczam, że wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji wskazanych w art. 17 ust. 1 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999), w formie skorowidza do ogólnych warunków ubezpieczenia, na trwałym nośniku (innym niż forma pisemna).

POTWIERDZENIE OTRZYMANIA INFORMACJI OD UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że otrzymałem/-am informacje dotyczące:

- 1/ 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;
- 2/ pełnego kształtu umowy ubezpieczenia w Powszechnym Zakładzie Ubezpieczeń na Życie S.A. (OWU, ulotka informacyjna) zgodnie z art. 19 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2018, poz. 999);
- 3/ 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);

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 ciężących na naszej formie obowiązków prawnych, wynikających w szczególności z ustawy z dnia 15 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja niżej podpisany (a), wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (w tym danych szczególnej kategorii), zawartych w przekazywanej przeze mnie dokumentacji medycznej, przez NORD PARTNER sp. z o.o. w celu świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego, w tym zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia oraz na udostępnienie ich ubezpieczycielom oraz innym podmiotom, które na ich zlecenie dokonują czynności związanych z wykonaniem umowy ubezpieczenia na podstawie ustawy z dnia 11 września 2015 roku o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. Wszystkie informacje dotyczące przetwarzania Państwa danych osobowych dostępne są na naszej stronie internetowej: www.nordpartner.pl/rodo

.....
data

.....
Ubezpieczony główny

.....
Współubezpieczony 1

.....
Współubezpieczony 2

.....
Współubezpieczony 3