

## OŚWIADCZENIA PRACOWNIKA AGATA S.A. :

.....  
Imię i nazwisko oraz Pesel Pracownika

\* *Zaznacz X swój wybór*

**Upoważniam** Pracodawcę Agata S.A. **do potrącania miesięcznej składki na ubezpieczenie grupowe** z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa lub z innych wypłat, na poczet mojej ochrony ubezpieczeniowej w PZU Życie S.A. oraz ubezpieczonych członków mojej rodziny.\*

**Rezygnuję z możliwości przystąpienia** do ubezpieczenia grupowego w PZU Życie S.A. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany przez Pracodawcę Agata S.A. o funkcjonującym programie ubezpieczenia i mam świadomość braku ochrony ubezpieczeniowej, a w przyszłości nie będę rościć żadnych pretensji w stosunku do Pracodawcy Agata S.A.\*

**Rezygnuję z dotychczasowego ubezpieczenia grupowego** PZU Życie S.A. w Agata S.A. z dniem 30.09.2024 r. czyli z ostatnim dniem ubezpieczenia.\*

Data i podpis **Pracownika** .....

---

### Oświadczenie Ubezpiezonego i Pracownika Agata S.A. dla Brokera i Ubezpieczającego

- wypełniasz jeśli przystępujesz do ubezpieczenia grupowego –

.....  
Imię i nazwisko oraz Pesel **Ubezpiezonego**

.....  
Imię i nazwisko oraz Pesel **Pracownika**

W związku z przystąpieniem do Grupowego Ubezpieczenia na Życie w PZU Życie SA:

1. Wyrażam zgodę, na udostępnienie oraz dalsze przetwarzanie moich danych osobowych związanych z objęciem mnie ubezpieczeniem (w tym danych o stanie zdrowia i nałogach) zawartych w niniejszej deklaracji oraz wszystkich innych dokumentach związanych z niniejszym ubezpieczeniem, w tym dokumentach medycznych przekazanych w celu zgłoszenia lub przeprowadzenia postępowania likwidacyjnego mającego na celu ustalenie zasadności i wysokości świadczenia przysługującego uprawnionemu z umowy ubezpieczenia, do PZU Życie S.A. za pośrednictwem Agata S.A. lub RKB Sp. z o.o.

2. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie S.A. moich danych osobowych wymienionych w niniejszej deklaracji, spółce RKB Sp. z o.o. w związku z niniejszą umową ubezpieczenia w zakresie zgłoszonego roszczenia i prowadzonym postępowaniem likwidacyjnym, jak również informacji dotyczącej etapu rozpatrywania sprawy, ewentualnych braków w dokumentacji, informacji związanych z wypłatą lub odmową wypłaty świadczenia i jego wysokością.

Data i podpis **Ubezpiezonego** .....