



Kwestionariusz osobowy PZU ŻYCIE SA – zgłoszenie nowej osoby

I. Dane osobowe

Nazwisko

Imię..... Drugie imię

Nr PESEL

Nr telefonu Adres e-mail.....

Adres zamieszkania: ulica.....nr..... nr lokalu
kod - poczta miejscowość.....

II. Oświadczenia

Oświadczam, że **podane dane są zgodne** ze stanem faktycznym.

data podpis osoby oświadczającej.....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie „Informacja Administratora danych osobowych”, załączoną do kwestionariusza.

data podpis osoby oświadczającej.....

III. Wypełnia PZU ŻYCIE SA:

Data przyjęcia kwestionariusza

Podpis osoby przyjmującej

Pieczęć PZU ŻYCIE SA

Informacja Administratora danych osobowych dla kandydata na agenta oraz osoby fizycznej ubiegającej się o wykonywanie czynności agencyjnych

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]

Administratorem danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU Życie SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- przeprowadzenia szkolenia oraz egzaminu dla osób ubiegających się o wykonywanie czynności agencyjnych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dokumentów związanych z przeprowadzonym egzaminem – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o pośrednictwie ubezpieczeniowym,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami.

Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji powyższych celów.

[Okres przechowywania danych]

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratorów Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z wyznaczonym Inspektorami Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w Polsce.



I. RODZAJ DYSPOZYCJI (wypełnia pracownik PZU Życie SA)

<input type="checkbox"/> zarejestrowanie	<input type="checkbox"/> aktualizacja danych	<input type="checkbox"/> wykreślenie
<input type="checkbox"/> Osoba Fizyczna Wykonująca Czynności Agencyjne NEPU <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Wspólnik/Członek Zarządu NJS <input type="text"/>	

II. DANE AGENTA UBEZPIECZENIOWEGO

Nazwa firmy	<input type="text"/>
NIP agenta	<input type="text"/>

III. DANE OFWCA/WSPÓLNIKA/CZŁONKA ZARZĄDU

Nazwisko	<input type="text"/>		
Pierwsze imię	<input type="text"/>	Drugie imię	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj i nr dokumentu tożsamości ¹	<input type="text"/>		
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe zawodowe (licencjat/inżynier)	<input type="checkbox"/> wyższe magisterskie

IV. ADRES OFWCA/WSPÓLNIKA/CZŁONKA ZARZĄDU

Adres zamieszkania	kod	<input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>			
Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Powiat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gmina	<input type="text"/>	Województwo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adres do korespondencji	kod	<input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>			
Nr domu	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>	Powiat	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gmina	<input type="text"/>	Województwo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon komórkowy	<input type="text"/>	Adres e-mail	<input type="text"/>	<input type="text"/>

.....
Miejscowość

.....
Data wypełnienia

.....
Podpis agenta

V. OŚWIADCZENIE OFWCA/WSPÓLNIKA/CZŁONKA ZARZĄDU

² Oświadczam, iż posiadam **pełną zdolność** do czynności prawnych.

miejscowość **data** **podpis oświadczającego**

¹ W przypadku braku nr PESEL.

² Wstawić **X** w pole jeśli oświadczenie dotyczy OFWCA/Wspólnika/Członka zarządu



VI. DOKUMENTY ZAŁĄCZONE

- Dokument potwierdzający minimum średnie wykształcenie
- Informacja z Krajowego Rejestru Karnego
- Zaświadczenie o zdaniu egzaminu
- Zobowiązanie o zachowaniu poufności
- Inne

Uwagi dodatkowe:

.....
**Data, pieczęć i podpis
pracownika PZU Życie**

Pieczęć jednostki PZU Życie SA

.....
Imię i nazwisko kandydata

.....
adres siedziby/adres zamieszkania

.....
Pesel kandydata

.....
NIP kandydata

**Oświadczenie kandydata na agenta lub osoby fizycznej ubiegającej się o wykonywanie
czynności agencyjnych**

Niniejszym oświadczam, że zostałem wpisany do Rejestru Pośredników Ubezpieczeniowych (RPU) pod numerem agenta/sprzedawcy/brokera: /nie zostałem wpisany do Rejestru Pośredników Ubezpieczeniowych (RPU)¹

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

.....
data i podpis kandydata

¹ Niepotrzebne skreślić

Informacja Administratora danych osobowych
dla kandydata na agenta oraz osoby fizycznej ubiegającej się
o wykonywanie czynności agencyjnych

[Administrator i dane kontaktowe administratora i Inspektora Ochrony Danych]

Administratorem danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

Kontakt z administratorem jest możliwy za pośrednictwem adresu e-mail kontakt@pzu.pl lub pisemnie na wyżej wskazany adres siedziby administratora. We wszystkich sprawach z zakresu ochrony danych osobowych może Pani/Pan kontaktować się z wyznaczonym przez administratora Inspektorem Ochrony Danych. Taki kontakt może się odbyć drogą elektroniczną na adres e-mail IODpzu@pzu.pl lub pisemnie na adres PZU Życie SA, IOD, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa.

[Przetwarzanie danych]

Administrator może przetwarzać Pani/Pana dane w celu:

- przeprowadzenia szkolenia oraz egzaminu dla osób ubiegających się o wykonywanie czynności agencyjnych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o dystrybucji ubezpieczeń,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących przechowywania dokumentów związanych z przeprowadzonym egzaminem – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o dystrybucji ubezpieczeń,
- wypełniania przez administratora obowiązków dotyczących weryfikacji kandydata na agenta lub osoby fizycznej ubiegającej się o wykonywanie czynności agencyjnych w wewnętrznych oraz zewnętrznych bazach danych o pośrednikach ubezpieczeniowych – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na administratorze wynikającego z przepisów o dystrybucji ubezpieczeń,
- ewentualnie w celu dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami – podstawą prawną przetwarzania jest niezbędność do realizacji prawnie uzasadnionego interesu administratora; uzasadnionym interesem administratora jest możliwość dochodzenia przez niego roszczeń oraz obrony przed roszczeniami.

Podanie danych osobowych jest niezbędne do realizacji powyższych celów.

[Okres przechowywania danych]

Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa.

[Przekazywanie danych]

Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.

[Pani/Pana prawa]

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do swoich danych osobowych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

Przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratorów Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z administratorem lub z wyznaczonym Inspektorami Ochrony Danych, korzystając ze wskazanych wyżej danych kontaktowych.

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego. W Polsce takim organem nadzorczym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych.



.....
Imię i nazwisko składającego Zobowiązanie

.....
PESEL

Zobowiązanie o zachowaniu poufności

W związku z wykonywaniem czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego w imieniu:

.....
(imię, nazwisko/firma agenta)

stwierdzam własnoręcznym podpisem, że znana mi jest treść niżej wymienionych przepisów w zakresie ochrony informacji:

- 1) Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny;
- 2) Ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji;
- 3) Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych;
- 4) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych);
- 5) Ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej;
- 6) Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi;
- 7) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 596/2014 z dnia 16 kwietnia 2014 r. w sprawie nadużyć na rynku (rozporządzenie w sprawie nadużyć na rynku) oraz uchylające dyrektywę 2003/6/WE Parlamentu Europejskiego i Rady i dyrektywy Komisji 2003/124/WE, 2003/125/WE i 2004/72/WE.

Zobowiązuję się nie ujawniać żadnych informacji, z którymi zapoznałem się podczas wykonywania czynności zleconych mi do realizacji w imieniu lub na rzecz PZU Życie SA. Powyższe zobowiązanie nie dotyczy informacji przekazywanych organom i urzędom państwowym w przypadkach i zakresie określonych obowiązującym prawem.

.....
Miejscowość, data(dd/mm/rr), czytelny podpis składającego Zobowiązanie

Zobowiązanie podpisano w obecności:

.....
(imię i nazwisko oraz podpis Agent)



Załącznik nr 2 do Programu antykorupcyjnego PZU SA i PZU Życie SA

.....
(imię i nazwisko lub nazwa agenta)

.....
(adres siedziby)

.....
(NIP)

.....
(Spółka: PZU SA/PZU Życie SA)

OŚWIADCZENIE

Potwierdzam, że:

- zapoznałem(łam) się z „Programem antykorupcyjnym PZU SA i PZU Życie SA” i oświadczam, że będę stosował(a) się do jego treści.

.....
data

.....
podpis