

WNIOSEK O UDZIELENIE POŻYCZKI KONSOLIDACYJNEJ

Sąd dowiedzieli się Państwo o ofercie pożyczki NAU S.A.?

Plakat w placówce
 SMS
 Strona internetowa NAU S.A.
 Z polecenia _____
 Telefon z centrali
 Rada pedagogiczna
 (Proszę podać nazwisko osoby polecającej)

Wnioskuję o udzielenie mi pożyczki w kwocie _____ zł. Moja rata miesięczna nie może być wyższa niż _____ zł.

Okres pożyczki o jaki wnioskuję to _____ m-cy.

Proszę o przekazanie kwoty pożyczki na rachunek bankowy o numerze:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wnioskodawca 1

1. Imię i nazwisko																															
2. PESEL																															
3. Seria i nr dowodu osobistego																															
4. Data ważności dowodu	d	d	m	m	r	r	r	r																							
5. Adres zamieszkania																															
6. Adres e-mail																															
7. Numer telefonu																															
8. Stanowisko																															
9. Nazwa Pracodawcy																															

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie w niniejszym Wniosku informacje są prawdziwe i kompletne, według stanu na dzień złożenia Wniosku. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. (NAU S.A.) na potrzeby weryfikacji informacji zawartych we Wniosku., w szczególności na kontakt z osobą obsługującą wynagrodzenie celem potwierdzenia zatrudnienia. Zobowiązuję się do aktualizacji swoich danych osobowych podanych we Wniosku w celu świadczenia usług przez NAU S.A. oraz oświadczam, że w przypadku ewentualnych późniejszych zmian danych osobowych, także będą one zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałam/em „Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych”.

_____, dnia _____ r.
(miejscowość)

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Oświadczenia Wnioskodawcy

Wyrażenie zgod nr 1,2,3 jest dobrowolne, a ich udzielenie gwarantuje obniżenie kosztów pożyczki o 1%.

1. Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przeprowadzić Pani/Panu analizę potrzeb oraz przedstawić odpowiednie propozycje umów finansowych i ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie (00-379), Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, w celu marketingu produktów i usług oferowanych przez ww. podmiot w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

2. Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przedstawić Panu/Pani ofertę własnych usług

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

3. Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Panu/Pani ofertę za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie (00-379), Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33 w informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

TAK NIE

połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna oraz automatyczne systemy wywołujące IVR)

TAK NIE

(czytelny podpis Wnioskodawcy)



Wnioskodawca 2

1. Imię i nazwisko											
2. PESEL											
3. Seria i nr dowodu osobistego											
4. Data ważności dowodu	d	d	m	m	r	r	r	r			
5. Adres zamieszkania											
6. Adres e-mail											
7. Numer telefonu											
8. Stanowisko											
9. Nazwa Pracodawcy											

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie w niniejszym Wniosku informacje są prawdziwe i kompletne, według stanu na dzień złożenia Wniosku. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. (NAU S.A.) na potrzeby weryfikacji informacji zawartych we Wniosku, w szczególności na kontakt z osobą obsługującą wynagrodzenie celem potwierdzenia zatrudnienia. Zobowiązuję się do aktualizacji swoich danych osobowych podanych we Wniosku w celu świadczenia usług przez NAU S.A. oraz oświadczam, że w przypadku ewentualnych późniejszych zmian danych osobowych, także będą one zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałam/em „Klauzulę informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych”.

_____, dnia _____ r.
(miejscowość)

(czytelny podpis Wnioskodawcy)

Oświadczenia Wnioskodawcy

Wyrażenie zgód nr 1,2,3 jest dobrowolne, a ich udzielenie gwarantuje obniżenie kosztów pożyczki o 1%.

1. Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przeprowadzić Pani/Panu analizę potrzeb oraz przedstawić odpowiednie propozycje umów finansowych i ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie (00-379), Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, w celu marketingu produktów i usług oferowanych przez ww. podmiot w tym poprzez profilowanie w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

2. Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przestawić Panu/Pani ofertę własnych usług

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty.

TAK NIE

3. Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Panu/Pani ofertę za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie (00-379), Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33 w informacji handlowo-marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

wiadomości elektroniczne (e-mail, SMS/MMS)

TAK NIE

połączenia głosowe (rozmowa telefoniczna oraz automatyczne systemy wywołujące IVR)

TAK NIE

(czytelny podpis Wnioskodawcy)



ZOBOWIĄZANIA DO SPŁACENIA POŻYCZKĄ NAU

L.p.	Nazwa Banku lub innej instytucji	Numer umowy	Numer rachunku do spłaty	Kwota pozostała do spłaty
1				
2				
3				
4				
5				

_____, dnia _____ r.
(miejscowość)

(czytelny podpis Wnioskodawcy 1)

(czytelny podpis Wnioskodawca 2)

ZAŚWIADCZENIE O DOCHODACH

Niniejszym oświadczam, że Pan(i) _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NR. PESEL

Jest zatrudniony(a) w _____

na stanowisku _____

1. Średnie miesięczne wynagrodzenie **netto** Wnioskodawcy z ostatnich 3 miesięcy wynosi _____ zł

2. Wnioskodawca zatrudniony jest od _____ roku.

3. **Forma zatrudnienia:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> umowa o pracę
<input type="checkbox"/> na czas określony do dnia _____ r.
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony | <input type="checkbox"/> umowa zlecenie
<input type="checkbox"/> na czas określony do dnia _____ r.
<input type="checkbox"/> na czas nieokreślony |
|---|--|

Inna Forma zatrudnienia (jaka?): _____

Zaświadcza się, że Wnioskodawca:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy
<input type="checkbox"/> złożył wniosek o rozwiązanie stosunku pracy
<input type="checkbox"/> zakład pracy znajduje się w likwidacji
<input type="checkbox"/> przebywa na urlopie na poratowanie zdrowia
<input type="checkbox"/> przebywa na zwolnieniu lekarskim pow. 30 dni | <input type="checkbox"/> nie znajduje się w okresie wypowiedzenia umowy
<input type="checkbox"/> nie złożył wniosku o rozwiązanie stosunku pracy
<input type="checkbox"/> zakład pracy nie znajduje się w likwidacji
<input type="checkbox"/> nie przebywa na urlopie na poratowanie zdrowia
<input type="checkbox"/> nie przebywa na zwolnieniu lekarskim pow. 30 |
|--|--|

4. Wynagrodzenie Wnioskodawcy

- jest** obciążone potrąceniami komorniczymi **nie jest** obciążone potrąceniami komorniczymi

(data) (pieczęć zakładu pracy i czytelny podpis osoby upoważnionej do potwierdzania danych)

Dane Konsumenta				
Imię i nazwisko				
Nr i seria dok. toż.		PESEL		Data urodzenia*
*dotyczy obcokrajowca				

PEŁNOMOCNICTWO DO SKŁADANIA UPOWAŻNIEŃ

Na podstawie art. 24 ust. 1 Ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych (tj. Dz.U. 2018 poz. 470) oraz na podstawie art. 105 ust. 4a i 4a¹ ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (Dz. U. 2015 r. poz. 128 ze z m.) w związku z art. 13 ustawy z dnia 9 kwietnia 2010 r. o udostępnianiu informacji gospodarczych i wymianie danych gospodarczych,

Ja,	
------------	--

(imię i nazwisko)

niniejszym udzielam	NAUCZYCIELSKIEJ AGENCJI UBEZPIECZENIOWEJ S.A. 00-379 WARSZAWA, WYBRZEŻE KOŚCIUSZKOWSKIE 31/33
----------------------------	--

(Pełnomocnik: firma, adres przedsiębiorcy, który występuje o ujawnienie informacji do BIG InfoMonitor S.A.)

bezterminowego pełnomocnictwa do składania w moim imieniu, za pośrednictwem Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. z siedzibą w Warszawie, w Biurze Informacji Kredytowej S.A. oraz Związku Banków Polskich upoważnień do udostępnienia danych gospodarczych przetwarzanych przez te instytucje, w zakresie niezbędnym do dokonania oceny mojej wiarygodności płatniczej i oceny ryzyka kredytowego, w tym między innymi oceny punktowej (scoring), celem ujawnienia ich Pełnomocnikowi przez Biuro Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. z siedzibą w Warszawie. Niniejsze pełnomocnictwo obejmuje również pozyskanie z Biura Informacji Gospodarczej InfoMonitor S.A. z siedzibą w Warszawie dotyczących mnie informacji gospodarczych oraz informacji dotyczących składanych zapytań na mój temat do Rejestru BIG InfoMonitor w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest:	NAUCZYCIELSKA AGENCJA UBEZPIECZENIOWA S.A. <i>(dane Pełnomocnika)</i>	BIG InfoMonitor S.A.	Biuro Informacji Kredytowej S.A.	Związek Banków Polskich
2. Z Administratorem można się skontaktować poprzez adres e-mail, lub pisemnie (adres siedziby Administratora):	pozyczki@nau.pl	info@big.pl	info@bik.pl	kontakt@zbp.pl
3. Wyznaczeni zostali inspektorzy ochrony danych*, z którym można się skontaktować poprzez adres poczty elektronicznej lub pisemnie (adres siedziby Administratora)	_____	iod@big.pl	iod@bik.pl	iod@zbp.pl

**jeżeli został wyznaczony*

4. Z inspektorem ochrony danych można się kontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych.

5. Pani/Pana dane będą przetwarzane przez:	Pełnomocnika w celu realizacji Pełnomocnictwa do składania upoważnień niezbędnych do pozyskania informacji gospodarczych lub danych gospodarczych potrzebnych do weryfikacji wiarygodności płatniczej, co stanowi uzasadniony interes Administratora danych, będący podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.	BIG InfoMonitor, w celu ewentualnej weryfikacji poprawności udzielenia upoważnienia niezbędnego do udostępnienia informacji gospodarczych lub danych gospodarczych, co stanowi uzasadniony interes Administratora danych, będący podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.	BIK i ZBP w celu ewentualnej weryfikacji poprawności udzielenia upoważnienia niezbędnego do udostępnienia danych gospodarczych, co stanowi uzasadniony interes Administratora danych, będący podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.
--	--	---	---

6. Pełnomocnik, BIG InfoMonitor, BIK oraz ZBP przetwarzają Pani/Pana dane osobowe w zakresie: imię, nazwisko, nr PESEL (lub data urodzenia), numer dokumentu tożsamości.

7. Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

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

9. Pełnomocnik jest uprawniony do odebrania w moim imieniu klauzuli informacyjnej znajdującej się na upoważnieniu.