

Wykaz imienny NNW

Nr poz.



DEKLARACJA ZGODY UBEZPIECZONEGO

I Dane ubezpieczonego

<input type="text"/>		<input type="text"/>
Imię i nazwisko		PESEL
Adres do korespondencji:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miejscowość	Ulica	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer domu	Numer lokalu	Kod pocztowy
<input type="text"/>		
Poczta		

Oświadczam, że na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/102/2013 z dnia 29 marca 2013 r. oraz uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r., które otrzymałam/em i zapoznałam/em się z ich treścią, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających i wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Na podstawie znanych mi ww. ogólnych warunków ubezpieczenia, które otrzymałem przed podpisaniem deklaracji zgody **wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków.**

<input type="checkbox"/> pracownik	według wariantu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> małżonek/konkubent	według wariantu	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> dziecko/dzieci (liczba)	<input type="text"/>	według wariantu <input type="text"/>
na sumę ubezpieczenia w wysokości <input type="text"/> zł		

Składka miesięczna wynosi:

1. pracownik	<input type="text"/>	zł
2. małżonek/konkubent	<input type="text"/>	zł
3. dziecko/dzieci	<input type="text"/>	zł
4. świadczenie dodatkowe w przypadku zgonu spowodowanego nowotworem złośliwym	<input type="text"/>	zł
Składka miesięczna razem		<input type="text"/> zł
5. zwykła składki za uprawianie sportów wysokiego ryzyka + 50% składki miesięcznej za pracownika	<input type="text"/>	zł
Składka łączna		<input type="text"/> zł

Data i miejscowość

Pieczęć zakładu pracy i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego
w przypadku osoby niepełnoletniej

* zaznaczyć właściwe znakiem X

II Potwierdzenie PZU SA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	Data	Pieczęć PZU SA i podpis

Na wypadek mojej śmierci wyznaczam jako uposażoną/uposażonego

Panią Pana:
Imię i nazwisko PESEL

Miejscowość Data Podpis obsługującego ubezpieczenie

Podpis ubezpieczonego

III Zmiany w ubezpieczeniu

Z dniem zmieniono wariant grupowego ubezpieczenia NNW, na wariant sumę ubezpieczenia NNW do wysokości zł

Świadczenia dodatkowe:

uprawianie sportów wysokiego ryzyka zgon z powodu nowotworu złośliwego (jednorazowe świadc. w wys. 1000 zł)

Składka miesięczna wynosi:

- świadczenie dodatkowe w przypadku zgonu spowodowanego nowotworem złośliwym zł
 - zwyżka składki za uprawianie sportów wysokiego ryzyka + 50% składki miesięcznej za pracownika zł
- Składka łączna** zł

IV Rezygnacja z ubezpieczenia

pracownika** małżonka/konkubenta dziecka/dzieci

Imię i nazwisko Data urodzenia PESEL

Pieczęć zakładu pracy i podpis Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

V Oświadczenia

Wyrażam zgodę / nie wyrażam*) zgody na udostępnienie moich danych osobowych, podanych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, w celach marketingowych: PZU Życie SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, PZU Pomoc SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24. Powyższe dane

podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałem(łam) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Na podstawie art. 815 kodeksu cywilnego podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.

Miejscowość Data Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

** rezygnacja z grupowego ubezpieczenia NNW pracownika jest równoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia zgłoszonych przez niego członków rodziny (małżonka/konkubenta, dziecka/dzieci)



VI Potwierdzenie PZU SA

Miejscowość Data Pieczęć PZU SA i podpis