

Deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia nr																										
..... Imiona Ubezpieczonego Nazwisko Ubezpieczonego Obywatelstwo																								
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="12">PESEL</td> </tr> </table>													PESEL												Rodzaj dokumentu tożsamości : dowód osobisty/ paszport*	
PESEL																										
..... Seria i Numer dokumentu																										
Adres Ubezpieczonego																										
..... Ulica Numer domu Numer lokalu																								
..... Kod pocztowy Miejscowość Poczta																								
Dane kontaktowe																										
..... Telefon stacjonarny Telefon komórkowy E-mail																								
Okres ubezpieczenia																										
od..... do.....																										
Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie:																										
Składka łączna za okres rozliczeniowy.....zł																										

Proszę o wybranie właściwego wariantu oraz zakresu ubezpieczeń i sum ubezpieczenia wchodzących w skład wybranego pakietu:

Wariant I	Suma gwarancyjna	
Odpowiedzialność majątkowa/materialna	20.000,00 zł	
Odpowiedzialność majątkowa/materialna, w tym pojazdy mechaniczne	20.000,00 zł	<input type="checkbox"/>
Koszty ochrony prawnej	20.000,00 zł	WYBIERAM
Ubezpieczenie na wypadek zawieszenia	20.000,00 zł	
Składka miesięczna	27 zł	
Wariant II	Suma gwarancyjna	
Odpowiedzialność majątkowa/materialna	25.000,00 zł	
Odpowiedzialność majątkowa/materialna, w tym pojazdy mechaniczne	25.000,00 zł	<input type="checkbox"/>
Koszty ochrony prawnej	20.000,00 zł	WYBIERAM
Ubezpieczenie na wypadek zawieszenia	30.000,00 zł	
Składka miesięczna	30 zł	

Postanowienia dodatkowe:

1. Potwierdzam, jako Ubezpieczony zostałem poinformowany, że:

- 1) Umowa ubezpieczenia nr..... jest zawarta na czas określony z miesięcznymi okresami płatności rat składki,
- 2) okres ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w zakresie wybranych przez niego ryzyk rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po przystąpieniu Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia,
- 3) okres ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego wynosi jeden rok i może przedłużyć się automatycznie na kolejne roczne okresy ubezpieczenia na niezmienionych warunkach w przypadku automatycznego przedłużenia Umowy ubezpieczenia na kolejny roczny okres ubezpieczenia, przy czym Ubezpieczony może w każdym czasie złożyć rezygnację z ochrony ubezpieczeniowej,
- 4) w przypadku Ubezpieczonego przystępującego do Umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po przystąpieniu Ubezpieczonego do Umowy ubezpieczenia i trwa do końca danego rocznego okresu ubezpieczenia.

2. Upoważniam zakład pracy do potrącania z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub z innych wypłat kwoty odpowiadającej wysokości raty składki ubezpieczeniowej tytułem zwrotu kosztów ubezpieczenia poniesionych przez Ubezpieczającego.

3. Przyjmuję do wiadomości, że dokonanie przez Ubezpieczającego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego Umowy ubezpieczenia, za który zapłacono ratę składki.

4. Przyjmuję do wiadomości, że zgłoszenie Ubezpieczającemu rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z ostatnim dniem okresu rozliczeniowego, za który zapłacono ratę składki.

5. Potwierdzam, iż przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, zapoznałem się, przyjąłem do wiadomości i otrzymałem treść:

- 1) *Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy lub żołnierzy ustalonych Uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., stanowiących załącznik do Umowy generalnej ubezpieczenia nr 3, wraz z uzgodnionymi postanowieniami odmiennymi do tych OWU.*
- 2) *Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracowników ustalonych uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., stanowiących załącznik do Umowy generalnej ubezpieczenia nr 4, wraz z uzgodnionymi postanowieniami odmiennymi do tych OWU.*
- 3) *Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej ustalonych uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., stanowiących załącznik do Umowy generalnej ubezpieczenia nr 5, wraz z uzgodnionymi postanowieniami odmiennymi do tych OWU.*
- 4) *Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na wypadek zawieszenia w czynnościach służbowych lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu ustalonych uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., stanowiących załącznik do Umowy generalnej ubezpieczenia nr 6 wraz z uzgodnionymi postanowieniami odmiennymi do tych OWU.*

Data

Podpis Ubezpieczonego

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

Klauzula dotycząca osób fizycznych:

wyrażam zgodę

nie wyrażam*) zgody

na udostępnianie moich danych osobowych, podanych w związku z zawarciem i wykonywaniem Umowy generalnej ubezpieczenia, w celach marketingowych PZU Życie SA z siedzibą 00-843 Warszawa, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, , TFI PZU SA z siedzibą 00-843 Warszawa, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, PTE PZU S.A. z siedzibą 00-843 Warszawa, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, PZU Pomoc SA z siedzibą 00-843 Warszawa, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4. Powyższe dane podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałem (łam) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

*) zaznaczyć właściwe

Data

Podpis Ubezpieczonego