



pieczęć Ubezpieczającego

DEKLARACJA

przystąpienia do umowy generalnej ubezpieczenia nr ERU

z okresem ubezpieczenia od

do

I Dane pracownika

Ja niżej podpisany(a) przystępuję do umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartego z PZU S.A.,

Nazwisko ubezpieczonego

Imię

PESEL

dowód paszport
Rodzaj dokumentu tożsamości

Adres zamieszkania:

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Dane kontaktowe:

Telefon komórkowy

E-mail

Wariant ubezpieczenia: wariant podstawowy zgodnie z §4 Ogólnych warunków grupowego 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. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r. wraz z uzgodnionymi postanowieniami odmiennymi do tych OWU.

Suma ubezpieczenia: zł

Składka miesięczna od osoby: zł

II Dane osób ubezpieczonych

Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa z pracownikiem	Składka miesięczna (zł)

Miesięczna składka za wszystkie ubezpieczone osoby wynosi: zł

Miejscowość i data
III Uposażony

podpis Pracownika

Na wypadek mojej śmierci wyznaczam jako uposażoną/uposażonego

Pani Pan
Imię i nazwisko PESEL

W przypadku nie wskazania uposażonego, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Miejscowość, data Podpis ubezpieczonego

1. Potwierdzam, jako Ubezpieczony zostałem poinformowany, że:

- 1) Umowa ubezpieczenia nr ERU..... jest zawarta na czas określony z miesięcznymi okresami płatności rat składki,
- 2) okres ubezpieczenia w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego 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, gdy Ubezpieczony przystępuje 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. Przyjmuję do wiadomości, że rezygnacja z ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków pracownika jest równoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia zgłoszonych przeze mnie członków rodziny.
6. Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zmiany danych osób współubezpieczonych, zobowiązany/a jestem do złożenia deklaracji rezygnacji i ponownego przystąpienia do Umowy.

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

- 1) Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustalonych uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/102/2013 z dnia 29 marca 2013 r. wraz ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu PZU SA UZ/393/2015 z dnia 17.12.2015r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., stanowiących załącznik do Umowy generalnej ubezpieczenia, 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

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data Podpis Ubezpieczonego