



Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II, 00-133 Warszawa zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS 0000009831, NIP 526-025-10-49, wysokość kapitału zakładowego: 86 352 300,00 zł kapitał wpłacony w całości

Dane Pracodawcy

.....
(nazwisko Ubezpieczonego) (imię Ubezpieczonego) (data urodzenia DD/MM/RR)

PESEL

.....
(numer telefonu)

.....
(email)

Adres Ubezpieczonego

(Kod pocztowy)

.....

(poczta)

.....
(ulica) (nr domu) (nr lokalu) (miejscowość)

OKRES UBEZPIECZENIA od DD.MM.RRRR do DD.MM.RRRR

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NR

1. Wyrażam zgodę na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia grupowego nr w zakresie:

- 1) Ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracownika**
składka miesięczna: **11,34 zł** - TAK
- 2) Ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej**
składka miesięczna: **1,00 zł** - TAK
- 3) Ubezpieczenia na wypadek zawieszenia w czynnościach służbowych lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu**
składka miesięczna : **0,50 zł** - TAK

Miesięczna składka łączna zł 12,84 zł

- Wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat kwot odpowiadających kwotom składek z tytułu ubezpieczenia ww. ryzyk.
- Przyjmuje do wiadomości, że rezygnacja przeze mnie z ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z upływem okresu ubezpieczenia, w którym została złożona rezygnacja.
- Potwierdzam, iż przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, zapoznałem się, otrzymałem i przyjąłem/am do wiadomości postanowienia, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających i wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki:
 - Ogólnych warunków 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., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
 - Ogólnych warunków 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., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
 - Ogólnych warunków 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., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
 - Ogólnych warunków 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., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.

.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego

NA PODSTAWIE ART.815 KODEKSU CYWILNEGO PODANIE INFORMACJI WYMAGANYCH DO ZAWARCIA UMOWY
UBEZPIECZENIA JEST OBOWIAZKOWE

Klauzula informacyjna

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz.926 z późn. zm.) informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą 00 - 133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Klauzula dotycząca osób fizycznych

☐ Wyrażam / ☐ nie wyrażam zgody na udostępnienie moich danych osobowych podanych w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia w celach marketingowych PZU Życie SA z siedzibą Warszawa 00-133 al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą Warszawa 00-133 al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą Warszawa 00-133 al. Jana Pawła II 24. Powyższe dane podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

☐ Proszę zaznaczyć właściwe