



Pieczęć Ubezpieczającego

.....  
imię i nazwisko Ubezpieczonego

.....  
(data urodzenia DD/MM/RR)

PESEL

Adres Ubezpieczonego

-

(Kod pocztowy)

.....  
(poczta)

.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....  
(miejscowość)

.....  
(adres e-mail)

(numer telefonu)

(seria i numer dowodu tożsamości)

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

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA NR 5593222001

1. Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia w zakresie:

1) **OC w życiu prywatnym - Suma gwarancyjna 20 000zł**

składka miesięczna **2,30 zł**  tak  nie

2) **OC w życiu prywatnym - Suma gwarancyjna 50 000zł**

składka miesięczna **4,80 zł**  tak  nie

3) **OC w życiu prywatnym - Suma gwarancyjna 100 000zł**

składka miesięczna **9,60 zł**  tak  nie

2. Potwierdzam, iż jeżeli jako Ubezpieczony nie powiadomię pisemnie Ubezpieczającego o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, ochrona ta zostaje przedłużona na okres kolejnych 12 miesięcy.
3. Upoważniam zakład pracy do potrącania z wynagrodzenia za pracę, z zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa, lub z innych wypłat kwoty odpowiadającej wysokości miesięcznej raty składki ubezpieczeniowej tytułem zwrotu kosztów ubezpieczenia poniesionych przez ubezpieczającego. Jednocześnie przyjmuje do wiadomości, że brak zawiadomienia o nie wyrażeniu zgody na przedłużenie umowy ubezpieczenia zgodnie z pkt 2 jest równoznaczny z upoważnieniem zakładu pracy do potrącania ww. kwot z mojego wynagrodzenia za pracę, przez okres kolejnych 12 miesięcy.
4. Przyjmuje do wiadomości, że zgłoszenie zakładowi pracy rezygnacji z umowy ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z dniem upływu okresu ubezpieczenia za jaki zapłacono ostatnią składkę. 5. 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 :  
OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Odpowiedzialności Cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/452/2009 z dnia 29 października 2009 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010 r., uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012 r., uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r. oraz uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018r.
6. Potwierdzam, iż przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia otrzymałem/am Dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym.

Data.....

Podpis Ubezpieczonego: .....

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

**Oświadczenia:**

Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.

**Klauzula marketingowa:**

Wyrażam/nie wyrażam \*) zgody na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.

Pełna informacja o spółkach

| Lp. | Skrócona nazwa spółki | Pełna nazwa spółki                                     | Adres siedziby                         |
|-----|-----------------------|--|--|
| 1   | PZU SA                | Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna           | al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa  |
| 2   | PZU Życie SA          | Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna  | al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa  |
| 3   | PTE PZU SA            | Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna   | al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa  |
| 4   | TFI PZU SA            | Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna | al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa  |
| 5   | PZU Pomoc SA          | PZU Pomoc Spółka Akcyjna                               | al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa  |
| 6   | PZU Zdrowie SA        | PZU Zdrowie Spółka Akcyjna                             | ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa |
| 7   | PZU CO SA             | PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna                    | ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa |
| 8   | Link4 TU SA           | LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna           | ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa        |
| 9   | PEKAO SA              | Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna                 | ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa  |
| 10  | Alior Bank SA         | Alior Bank Spółka Akcyjna                              | ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa   |

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](mailto:kontakt@pzu.pl) albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa.

.....  
data

.....  
podpis Ubezpieczonego

Proszę zaznaczyć właściwe