



Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II, 00-133 Warszawa zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS 000009831, 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 01.06.2017 r. do

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NR

1. Wyrażam zgodę na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia grupowego nr **1019791136** w zakresie:

1) **Ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracownika**

1. Przyjmuje do wiadomości, że rezygnacja przeze mnie z ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z upływem okresu ubezpieczenia, w którym została złożona rezygnacja.
2. 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 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.

.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego

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

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