



UBEZPIECZONY

.....
(imię i nazwisko)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

 -

--	--	--	--

.....
(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

OC W ŻYCIU PRYWATNYM przystąpienie zmiana

nr deklaracji

Oświadczam, że na podstawie ogólnych warunków zbiorowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej osób fizycznych w życiu prywatnym ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/429/2016 z dnia 24.10.2016r. oraz postanowień dodatkowych i odmiennych do nich, które otrzymałam/em i zapoznałam/łem się z ich treścią, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających i wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Na podstawie znanych mi ww. ogólnych warunków ubezpieczenia, które otrzymałam/łem przed podpisaniem deklaracji zgody wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym na sumę ubezpieczenia ustaloną w wysokości **50 000 PLN**:

Wariant podstawowy - składka miesięczna 3,00 zł

Wariant rozszerzony - składka miesięczna 5,00 zł

.....
(data i podpis obsługującego ubezpieczenie)

.....
(data i podpis ubezpieczonego)

Zostałam/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest PZU SA z siedzibą: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania tych danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Zostałam poinformowany, że przystąpienie do niniejszej umowy oznacza wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach dotychczasowej umowy zawartej przez Śląsko Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych, w której jestem ubezpieczonym, z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z niniejszej umowy.

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

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

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

Wyrażam / nie wyrażam*) zgody na otrzymanie ogólnych warunków ubezpieczenia oraz postanowień dodatkowych i odmiennych do owu nie na piśmie, ale na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta z dnia 30.05.2014r.

POTWIERDZENIE PZU SA

.....
(pieczęć PZU SA i podpis)

ZMIANY W UBEZPIECZENIU

1. Z dniemr. zmienia się wariant ubezpieczenia z wariantu na wariant

Składka miesięczna wynosi zł.

.....
(data i podpis obsługującego ubezpieczenie)

.....
(data i podpis ubezpieczonego)

[Wpisz tekst]

Załącznik nr 1 do Umowy Generalnej zbiorowego ubezpieczenia OC w życiu prywatnym
nr

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA

Rezygnuję z ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym z dniem

.....r.
(data)

.....
(podpis obsługującego ubezpieczenie)

.....
(podpis ubezpieczonego)

MIEJSCE NA NOTAKI OBSŁUGUJĄCEGO UBEZPIECZENIE