



DEKLARACJA REZYGNACJI

I. Rezygnacja z ubezpieczenia

UWAGA!

Rezygnacja z ubezpieczenia pracownika jest równoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia zgłoszonych przez niego osób bliskich i dzieci

Imię i nazwisko

Data urodzenia

PESEL

Podpis obsługującego ubezpieczenie

Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

II. Oświadczenia

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na udostępnienie moich danych osobowych, podanych w związku z zawarciem i wykonaniem umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, 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 zostałem(łam) 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.

Miejscowość

Data

Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

III. Potwierdzenie PZU SA

Miejscowość

Data

Pieczęć PZU SA i podpis