



## DEKLARACJA ZGODY UBEZPIECZENIA

### I. Dane dotyczące ubezpieczonego

Imię i nazwisko

PESEL

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Pocztą

Oświadczam, że na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r., które otrzymałam/em i zapoznałam/em 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 otrzymałem przed podpisaniem deklaracji zgody **wyrażam zgodę na przystąpienie do ubezpieczenia PZU NNW – PZU GRUPOWE.**

Ubezpieczony:\*

pracownik

osoba bliska

dziecko/dzieci

#### Zakres ubezpieczenia:

##### 1. PZU Grupowe – ubezpieczenie NNW

Świadczenia podstawowe

Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia w zł
świadczenie z tytułu śmierci	
świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	
zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP	
świadczenie za leczenie uciążliwe	
usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP – zakres podstawowy	Limit zgodny z OWU

Świadczenia dodatkowe

Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia w zł
świadczenie z tytułu całkowitego trwałego inwalidztwa	
zwrot kosztów leczenia	
zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	
zasilek dzienny	
dieta szpitalna	
świadczenie w związku z rekonwalescencją ubezpieczonego po jego hospitalizacji	
świadczenie pomocy finansowej	
świadczenie ryczałtowe za operację	
świadczenie ryczałtowe za operację plastyczną	
świadczenie ryczałtowe w związku z pobytem na OIOM/OIT	
świadczenie z tytułu śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	
świadczenie z tytułu śmierci w następstwie wypadku przy pracy	
świadczenie ryczałtowe z tytułu niemożności wykorzystania wykupionego wyjazdu na zorganizowany wypoczynek albo udział w imprezie sportowej	

Świadczenia dodatkowe specjalne

Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia w zł
świadczenie z tytułu wystąpienia choroby tropikalnej	
świadczenie z tytułu śmierci w następstwie choroby tropikalnej	
świadczenie z tytułu wystąpienia sepsy	
świadczenie z tytułu śmierci w następstwie sepsy	
zwrot kosztów leczenia powstałych wskutek ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny	
świadczenie z tytułu wystąpienia zakażenia wirusowego po ekspozycji zawodowej na materiał zakaźny	
świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania	
świadczenie z tytułu śmierci w następstwie nowotworu złośliwego	

\* zaznaczyć właściwe znakiem X

Rozszerzenie zakresu

Rodzaj świadczenia	Tak lub Nie
Następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego	
Sporty wysokiego ryzyka	
Ryzyko wojny i ataków terroryzmu	

## 2. PZU Grupowe – ubezpieczenie szpitalne

Rodzaj świadczenia	Suma ubezpieczenia w zł
Dzienne świadczenia szpitalne	
Dzienne świadczenia pooperacyjne	

Data i miejscowość \_\_\_\_\_ Pieczęć zakładu pracy i podpis pośrednika ubezpieczeniowego \_\_\_\_\_ Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej \_\_\_\_\_

## II. Uposażony

Na wypadek mojej śmierci wyznaczam jako uposażoną/uposażonego

Pani      Pan      Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_

W przypadku nie wskazania uposażonego, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Data i miejscowość \_\_\_\_\_ Podpis obsługującego ubezpieczenie \_\_\_\_\_ Podpis ubezpieczonego \_\_\_\_\_

## III. 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 \_\_\_\_\_

## IV. Potwierdzenie PZU SA

Miejscowość \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Pieczęć PZU SA i podpis \_\_\_\_\_