

Nr polisy

Wariant C - składka 14,90zł  
Nr deklaracji



DEKLARACJA ZGODY UBEZPIECZENIA

I. Dane dotyczące ubezpieczonego

Imię i nazwisko: HANNA KOWALSKA PESEL: 01231812345  
 Adres do korespondencji: WROCLAW PIENNA  
 Mięscowosc: 3 Ulica: WROCLAW  
 Numer domu: 12 Kod pocztowy: 42-688 Poczta:

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	80 000
świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	80 000
zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	10 000
zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP	10 000
świadczenie za leczenie uciążliwe	800
usługi powypadkowe typu assistence 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	10 000
zwrot kosztów naprawy uszkodzonych lub zakupu zniszczonych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	1 000
zasilek dzienny	-
dieta szpitalna	150
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	50 000
świadczenie z tytułu śmierci w następstwie wypadku przy pracy	50 000
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	Tak
Sporty wysokiego ryzyka	Nie
Ryzyko wojny i ataków terroryzmu	Nie

## 2. PZU Grupowe – ubezpieczenie szpitalne

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

PODBIJA OSOBA OBSŁUGUJĄCA UBEZPIECZENIE

07.06.2017 WROCLAW

Data i miejscowość

Pieczęć zakładu pracy i podpis pośrednika ubezpieczeniowego

Grażyna Kowalska

Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

## II. Uposażony

Na wypadek mojej śmierci wyznaczam jako uposażoną/uposażonego

Pani

Pan

GRAZYNA KOWALSKA

Imię i nazwisko

75080722873

PESEL

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

PODPISUJE OSOBA OBSŁUGUJĄCA UBEZPIECZENIE

07.06.2017 WROCLAW

Data i miejscowość

Dorota Nawak

Podpis obsługującego ubezpieczenie

Grażyna Kowalska

Podpis ubezpieczonego

## III. Oświadczenia

DOBROWOLNE

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 (tam) 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.

WROCLAW

Miejscowość

07.06.2017

Data

Grażyna Kowalska

Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

## IV. Potwierdzenie PZU SA

WYPEŁNIA PZU

Miejscowość

Data

Pieczęć PZU SA i podpis