

Nr polisy

Nr deklaracji

**DEKLARACJA ZGODY UBEZPIECZENIA – PZU NNW GRUPOWE****I Dane Ubezpieczonego**

Imię i Nazwisko

PESEL

**Adres do korespondencji:**

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

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., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018

z dnia 6 lipca 2018 r., które otrzymałam/em 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 terenie RP	
Świadczenie za leczenie uciążliwe	
Usługi powypadkowe typu assistance na terytorium RP – zakres podstawowy	Limit zgody 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 z 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	

Świadczenie 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

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 9831, NIP 526-025-10-49, kapitał zakładowy: 86 352 300,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Rodzaj świadczenia	TAK lub NIE
Następstwa zawału serca lub krwotoku śródczaszkowego	
Sporty wysokiego ryzyka	
Ryzyko wojny i aktów terroryzmu	

## 2. PZU Grupowe – ubezpieczenie szpitalne

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość, data	Podpis obsługującego ubezpieczenie	Podpis ubezpieczonego

## III Oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadał ubezpieczenia w tej firmie.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

## Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość, data	Podpis ubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

## IV Potwierdzenie PZU SA

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość, data	Pieczęć PZU SA i podpis