



MKR ZZDR PKP
PRZY ZŁK TARNOWSKIE GÓRY
UL. OŚWIĘCIMSKA 3
42-600 TARN. GÓRY
NIP 645 232 54 13

Dane Pracodawcy

.....
(nazwisko Ubezpieczonego) (imię Ubezpieczonego) (data urodzenia DD/MM/RR)

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

PESEL

.....
(numer telefonu)

.....
(email)

Adres Ubezpieczonego

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

(Kod pocztowy)

.....
(poczta)

.....
(ulica)

.....
(nr domu)

.....
(nr lokalu)

.....
(miejsowość)

OKRES UBEZPIECZENIA od DD.MM.RRRR do DD.MM.RRRR

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NR 21200/OC50/61/2003

1. Wyrażam zgodę na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia grupowego nr 21200/OC50/61/2003 w zakresie:

1) ~~Ubezpieczenia odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy lub żołnierzy~~
składka miesięczna ~~zł~~ tak nie

2) Ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracownika
składka miesięczna 2,50 zł tak nie

3) Ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej
składka miesięczna 0,50 zł tak nie

4) ~~Ubezpieczenia na wypadek zawieszenia w czynnościach służbowych lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu~~
składka miesięczna ~~zł~~ tak nie

Miesięczna składka łączna 3,00 zł

- * Wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat kwot odpowiadających kwotom składek z tytułu ubezpieczenia ww. ryzyk / * Wyrażam zgodę na objęcie mnie ubezpieczeniem od Odpowiedzialności Cywilnej z tytułu ww. ryzyk finansowanym ze środków
- Przyjmuje do wiadomości, że rezygnacja przeze mnie z ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z upływem okresu ubezpieczenia, w którym została złożona rezygnacja.
- Potwierdzam, iż przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, zapoznałem się, otrzymałem i przyjąłem/am do wiadomości postanowienia, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających i wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki:
 - Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy lub żołnierzy ustalonych Uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi Uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., Uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
 - Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracowników ustalonych Uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi Uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., Uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
 - Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia kosztów ochrony prawnej ustalonych Uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi Uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., Uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.
 - Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na wypadek zawieszenia w czynnościach służbowych lub zawieszenia prawa wykonywania zawodu ustalonych Uchwałą nr UZ/708/2007 z dnia 13 grudnia 2007r. Zarządu PZU SA ze zmianami ustalonymi Uchwałą nr UZ/421/2010 z dnia 26 listopada 2010r., Uchwałą nr UZ/63/2012 z dnia 27 lutego 2012r., oraz Uchwałą nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r.

.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego

NA PODSTAWIE ART.815 KODEKSU CYWILNEGO PODANIE INFORMACJI WYMAGANYCH DO ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA JEST OBOWIAZKOWE

Klauzula informacyjna

Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 101 z 2002 r., poz.926 z późn. zm.) informuję, że Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą 00 - 133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Klauzula dotycząca osób fizycznych

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

.....
Data

.....
Podpis Ubezpieczonego

.....
Data

.....
Pieczęćka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Proszę zaznaczyć właściwe

* - Niepotrzebne skreślić