

Potwierdzenie przyjęcia  
Deklaracji przez PZU S.A.



.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Data urodzenia, PESEL

.....  
Jednostka organizacyjna SW

### DEKLARACJA ZGODY - PAKIET DODATKOWY

Na podstawie znanych mi postanowień programu ubezpieczeniowego dla Funkcjonariuszy i Pracowników Służby Więziennej – ogólnych warunków oraz postanowień szczególnych – deklaruje zawarcie poniższych ubezpieczeń:

Rodzaj ubezpieczenia	(Właściwą odpowiedź zaznaczyć znakiem X)	Składka za 1 miesiąc
Ubezpieczenie NNW – praca i służba	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	3,00 zł
Ubezpieczenie NNW – praca, służba i życie prywatne	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	7,00 zł
Ubezpieczenie OC i ochrona prawna	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	6,00 zł
Ubezpieczenie OC personelu służb medycznych	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	8,50 zł

Upoważniam jednocześnie zakład pracy do potrącania składki ubezpieczeniowej miesięcznie z wynagrodzenia za pracę bądź z wypłaty z innych tytułów.

**Razem składka za 1 miesiąc** ..... zł

W razie nie wyznaczenia osoby uposażonej, PZU S.A. ma wypłacić świadczenie do rąk własnych osoby określonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia (§ 28 ust.1,2).

Na wypadek śmierci wyznaczam jako uprawnionego:

.....  
(imię i nazwisko; data urodzenia; PESEL)

.....  
(adres)

.....  
(data)

.....  
(podpis ubezpieczonego)

Odwoluję powyższe oświadczenie i wyznaczam jako uprawnionego:

.....  
(imię i nazwisko; data urodzenia; PESEL)

.....  
(adres)

.....  
(data)

.....  
(podpis ubezpieczonego)

Potwierdzenie PZU S.A.

.....  
(data)

.....  
(pieczęć i podpis ubezpieczyciela)

- Upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia, wszystkich lekarzy, którzy mnie kiedykolwiek leczyli lub badali do udzielania PZU S.A. wszelkich informacji dotyczących mojego stanu zdrowia, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem.
- Wyrażam zgodę na przekazanie udziału w zysku (dywidendy) z wymienionych wyżej rodzajów ubezpieczenia – na fundusz, z którego będą wypłacane środki finansowe dla poszkodowanych Funkcjonariuszy i Pracowników Służby Więziennej oraz członków ich rodzin.
- Oświadczam, że zostałem / zostałam poinformowany o poniższym:
  - administratorem moich danych osobowych jest PZU S.A. z siedzibą w Warszawie 00-133, przy Al. Jana Pawła II 24
  - celem zbierania przez administratora danych osobowych jest prowadzenie prawidłowej i sprawnej obsługi ubezpieczenia oraz przekazywanie ubezpieczonemu informacji dotyczących ubezpieczeń,
  - moje dane osobowe będą przekazywane wyłącznie osobom działającym na rzecz PZU S.A. w zakresie działalności ubezpieczeniowej,
  - mam prawo wglądu do swoich danych osobowych zebranych przez administratora danych oraz prawo do ich poprawiania i uzupełniania zgodnie z aktualnym stanem.
- Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych przez PZU S.A. w celu marketingowym produktów oferowanych przez Grupę PZU.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie.

.....  
dnia

.....  
Podpis ubezpieczającego

Pieczęć zakładu pracy  
i podpis osoby spisującej deklarację