

.....
 Imię i nazwisko pracownika

 PESEL/a w przypadku cudzoziemców nr paszportu

 Adres korespondencyjny

 Adres e-mail, telefon kontaktowy

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UMOWY UBEZPIECZENIA NR 1070906459 OPCJA I

Wyrażam zgodę na przystąpienie do Umowy Grupowego Ubezpieczenia PZU NNW dla pracowników szkół wyższych i innych placówek szkolnych, urzędów miast, gmin i powiatów oraz członków ich rodzin zawartej przez NAU Profit Sp. z o. o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako „Ubezpieczającym” z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń S.A. z siedzibą w Warszawie przy Al. Jana Pawła II 24 (dalej „PZU S.A.”)

Jednocześnie oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i wyrażeniem zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej otrzymałem/-am:

- Ogólne Warunki Ubezpieczenia PZU NNW ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r. (zwane dalej **OWU**)
- postanowienia dodatkowe i odmienne do OWU
- ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym
- zakres ubezpieczenia NNW i jestem świadomy/ ma, że materiał ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w OWU oraz postanowieniach dodatkowych i odmiennych do OWU

Oświadczam, że zapoznałem/em się przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia z obowiązkami informacyjnymi dystrybutora(OID),

Oświadczam, że poinformowano mnie, o tym że informacje o przetwarzaniu moich danych osobowych przez PZU SA, NAU Profit sp. z o.o. oraz NAU Broker Ubezpieczeniowy sp. z o.o., zostały udostępnione na stronie www.naubroker.pl

Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne, lecz niezbędne do przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez NAU Profit sp. z o.o. moich danych osobowych zawartych w treści tej deklaracji do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym również do kontaktu w sprawie zapłaty składek za ubezpieczenie.

Wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia NNW na warunkach opisanych powyżej **i wybieram OPCJĘ I.**

Oświadczam, że niniejsza oferta ubezpieczenia jest zgodna z moimi potrzebami w zakresie wskazanym powyżej przy uwzględnieniu składki, jaką deklaruję i wybranej przeze mnie opcji ubezpieczenia.

Oświadczam, że zostałem/-am poinformowany/-a, że:

- Umowa została zawarta przez PZU SA z Ubezpieczającym na rzecz osób trzecich,
- Odpowiedzialność PZU SA z tytułu umowy ubezpieczenia NNW w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od 1 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczony został zgłoszony do PZU SA na podstawie złożonej Ubezpieczającemu poprawie wypełnionej deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz opłaceniu składki w wyznaczonym terminie.

| Imię i nazwisko | PESEL | Składka | Status | Podpis ubezpieczonego |
|-----------------|-------|--|---|-----------------------|
| 1. | | <input type="checkbox"/> 10 zł <input type="checkbox"/> 15 zł rozszerzenie o sport wysokiego ryzyka | pracownik | |
| 2. | | <input type="checkbox"/> 10 zł <input type="checkbox"/> 15 zł rozszerzenie o sport wysokiego ryzyka | <input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner życiowy pracownika | |
| 3. | | <input type="checkbox"/> 10 zł <input type="checkbox"/> 15 zł rozszerzenie o sport wysokiego ryzyka | dziecko pracownika/ małżonka lub partnera życiowego | |
| 4. | | <input type="checkbox"/> 10 zł <input type="checkbox"/> 15 zł rozszerzenie o sport wysokiego ryzyka | dziecko pracownika/ małżonka lub partnera życiowego | |
| 5. | | <input type="checkbox"/> 10 zł <input type="checkbox"/> 15 zł rozszerzenie o sport wysokiego ryzyka | dziecko pracownika/ małżonka lub partnera życiowego | |

Łączna składka miesięczna za wszystkich ubezpieczonych wskazanych w niniejszej deklaracji potrącana z wynagrodzenia pracownika:.....zł

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez NAU Profit sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie ul. Smulikowskiego 6/8 w celu marketingu produktów i usług oferowanych przez ww. podmiot oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty w formie: rozmowy telefonicznej, SMS, e-mail i w formie papierowej

Tak NIE

Data i czytelny podpis pracownika.....