



UBEZPIECZONY

.....
(imię i nazwisko)

PESEL

-

.....
(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE przystąpienie zmiana **nr deklaracji**

Oświadczam, że na podstawie ogólnych PZU NNW ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/423/2016 z dnia 24.10.2016r. i klauzuli nr 1 do owu PZU NNW – ubezpieczenie szpitalne oraz postanowień dodatkowych i odmiennych do nich, które otrzymałam/em przed podpisaniem deklaracji zgody i zapoznałam/tem 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, wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia szpitalnego wraz

z członkami rodziny **bez członków rodziny** na sumę ubezpieczenia ustaloną w wysokości:

Wariant	Ubezpieczony	Suma ubezpieczenia	Składka miesięczna	Należy zaznaczyć wybraną opcję
Wariant A	Ubezpieczony tylko członek Stowarzyszenia	50 zł	15 zł	<input type="checkbox"/>
		70 zł	20 zł	<input type="checkbox"/>
		90 zł	25 zł	<input type="checkbox"/>
Wariant B	Ubezpieczony członek Stowarzyszenia i jego rodzina	50 zł	30 zł	<input type="checkbox"/>
		70 zł	40 zł	<input type="checkbox"/>
		90 zł	50 zł	<input type="checkbox"/>

Członek stowarzyszenia i członkowie rodziny:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Data przystąpienia do ubezpieczenia	Potwierdzam odbiór OWU PZU NNW ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/423/2016 z dnia 24.10.2016r. i klauzuli nr 1 do owu PZU NNW – ubezpieczenie szpitalne oraz postanowień dodatkowych i odmiennych do owu, które otrzymałam/em przed podpisaniem deklaracji zgody i zapoznałam/tem 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, wyrażam zgodę na przystąpienie do grupowego ubezpieczenia szpitalnego
				Podpis współubezpieczonego / opiekuna prawnego w przypadku osoby niepełnoletniej

- Oświadczam, że do ubezpieczenia zgłosiłem/am wszystkich członków rodziny spełniających warunki objęcia ich ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowego ubezpieczenia szpitalnego.¹**
- Oświadczam, że ani ja, ani zgłoszeni przeze mnie członkowie rodziny nie posiadają w PZU S.A. innego ubezpieczenia szpitalnego.**

Na podstawie art. 815 kodeksu cywilnego podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.

¹ Oświadczenie nie dotyczy osób przystępujących do ubezpieczenia bez członków rodziny

Zostałem/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest PZU SA z siedzibą: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania tych danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Zostałem poinformowany, że przystąpienie do niniejszej umowy oznacza wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w ramach dotychczasowej umowy zawartej przez Śląsko Małopolskie Stowarzyszenie Ubezpieczonych, w której jestem ubezpieczonym, od dnia następnego po rozpoczęciu odpowiedzialności z niniejszej umowy.

Wyrażam / nie wyrażam*) zgody na udostępnienie moich danych osobowych, podanych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy grupowego ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego 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/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

Wyrażam / nie wyrażam*) zgody na otrzymanie ogólnych warunków ubezpieczenia oraz postanowień dodatkowych i odmiennych do owu nie na piśmie, ale na innym trwałym nośniku w rozumieniu ustawy o prawach konsumenta z dnia 30.05.2014r.

WYZNACZENIE UPRAWNIONEGO*

Jako uprawnionego do otrzymania świadczenia wyznaczam:

..... data i miejsce urodzenia:
(imię i nazwisko)

.....
(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

..... (data i podpis obsługującego ubezpieczenie) (data i podpis ubezpieczonego)

*Wyznaczenie osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia dotyczy tylko osoby występującej w roli ubezpieczającego i ubezpieczonego.
Wypłata świadczeń w wyniku śmierci osób występujących na deklaracji w roli ubezpieczonego następuje zgodnie z zapisami OWU PZU NNW ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/423/2016 z dnia 24.10.2016r § 66 ust 2.

POTWIERDZENIE PZU SA

.....
(pieczęć PZU SA i podpis)

ZMIANY W UBEZPIECZENIU

1. Z dniemr. zmienia się sumę ubezpieczenia dziennego świadczenia szpitalnego do wysokości zł. Składka miesięczna wynosi zł.

..... (data i podpis obsługującego ubezpieczenie) (data i podpis ubezpieczonego)

2. Z dniemr. zmienia się wariant ubezpieczenia z wariantu na wariant

Składka miesięczna wynosi zł.

W przypadku zmiany na wariant B należy wypełnić poniższą tabelę:

Imię i nazwisko	Data urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Data przystąpienia do ubezpieczenia

..... (data i podpis obsługującego ubezpieczenie) (data i podpis ubezpieczonego)

MIEJSCE NA NOTAKI OBSŁUGUJĄCEGO UBEZPIECZENIE