

OŚWIADCZENIE WOLI O PRZYSTĄPIENIU DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU „PAKIET ASYSTENT”



I Dane Ubezpieczonego

<input type="text"/>	
Nazwa firmy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
REGON	NIP
<input type="text"/>	
Telefon	
Adres PPE	
<input type="text"/>	
Ulica	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nr domu	Nr lokalu
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kod pocztowy	Poczta
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	
<input type="text"/>	

II Ubezpieczający

<input type="text"/>
PZU Pomoc SA

III Oświadczenia

- Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy grupowego ubezpieczenia dla Uczestników Programu „Pakiet Asystent” nr 16BB2015 z dnia 7 października 2015 r., zawartej pomiędzy PZU Pomoc SA i PZU SA (zwanej dalej „umową ubezpieczenia”), otrzymałem/am tekst Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia assistance „PAKIET ASYSTENT” dla Uczestników Programu „Pakiet Asystent”, ustalonych uchwałą nr UZ/306/2015 Zarządu PZU SA z dnia 6 października 2015 r., ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/403/2015 Zarządu PZU SA z dnia 21 grudnia 2015 r., (zwanych dalej „OWU”) oraz że zapoznałem/am się z ich treścią.
- Wyrażam zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez PZU SA na podstawie umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w OWU.

IV Informacje

Administratorem danych osobowych podanych w związku z przystąpieniem do umowy ubezpieczenia jest Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, adres: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24.

Celem przetwarzania podanych danych osobowych jest przystąpienie do umowy ubezpieczenia i jej wykonywanie. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania. Przekazanie danych osobowych jest niezbędne do przystąpienia do umowy ubezpieczenia.

<input type="text"/>
Data złożenia oświadczenia woli

<input type="text"/>
Data przyjęcia ww. oświadczenia woli



<input type="text"/>
Pieczęć firmowa Uczestnika Programu „Pakiet Asystent” i podpisy osób upoważnionych do złożenia oświadczenia woli w jego imieniu

<input type="text"/>
Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Pomoc SA do przyjęcia oświadczenia woli

Wszelkie informacje o ubezpieczeniu oraz pomoc w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego można uzyskać pod numerem telefonu 22 505 16 88 – czynnym 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu.