



**POLISA-WNIOSEK NR [\_\_\_\_\_]**  
**Zbiorowe ubezpieczenie NNW (gr. 60)**  
**(Umowa nr 0327/MSP/W/2012)**

**UBEZPIECZAJĄCY**

Nazwa [\_\_\_\_\_]  
Adres prowadzenia działalności [\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_] typ ulicy, ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość, kod, nazwa urzędu pocztowego  
REGON/PESEL: [\_\_\_\_\_] NIP: [\_\_\_\_\_] Tel.: [\_\_\_\_\_] [\_\_\_\_\_]

**UBEZPIECZONY**

Liczba ubezpieczonych (do 300 osób) [\_\_\_\_\_]

PZU S.A. niniejszym potwierdza zawarcie umowy zbiorowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków – zgodnie z poniższymi warunkami.

**Rodzaj ubezpieczenia**

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków oraz następstwa obrażeń ciała, których zaistnienie spowodowane zostało atakiem epilepsji albo omdleniem o nieustalonej przyczynie. (z uwzględnieniem zawału serca i krwotoku śródczaszkowego)

**Okres ubezpieczenia**

od dnia [\_\_\_\_\_] do dnia [\_\_\_\_\_]

**Miejsce ubezpieczenia**

[ulica, nr domu, nr mieszkania, miejscowość, kod, nazwa urzędu pocztowego]

**Zakres ubezpieczenia**

**suma ubezpieczenia**

**Grupowe ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków**

świadczenia z tytułu śmierci w wyniku NNW	[_____] PLN
świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu	[_____] PLN
zwrot kosztów nabycia przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych	[_____] PLN
zwrot kosztów przeszkolenia zawodowego osób niepełnosprawnych na terytorium RP	[_____] PLN
świadczenie za leczenie uciążliwe	[_____] PLN
świadczenie powypadkowe typu assistance na terytorium RP	zgodnie z OWU

**Członek PZJ / PZHK**

Numer licencji PZJ/ numer legitymacji PZHK-[\_\_\_\_\_]

**Składka:**

Składka do zapłaty [\_\_\_\_\_] PLN

Płatność składki w ratach w liczbie i terminach podanych poniżej na rzecz iExpert.pl SA w Warszawie, przelewem na konto nr 30 10600076 0000331000201648

(Uwaga! W treści przelewu proszę wpisać TYLKO nr polisowniosku – to bardzo ułatwi automatyczną identyfikację)

**I rata - w kwocie:** [\_\_\_\_\_] PLN, w terminie do dnia [\_\_\_\_\_]

**oraz kolejne raty – w kwocie:** [\_\_\_\_\_] PLN, w terminach [\_\_\_\_\_]

NA PODSTAWIE ART. 815 KODEKSU CYWILNEGO

PODANIE INFORMACJI WYMAGANYCH DO ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA JEST OBOWIĄZKOWE.

Data zawarcia poliso-wniosku [\_\_\_\_\_]



Data wystawienia poliso-wniosku [ \_\_\_\_\_ ]

*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 S.A. 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 poprawienia.

*Klauzula dotycząca osób fizycznych*

Wyrażam/nie wyrażam zgodę/ly na udostępnienie moich danych osobowych, podanych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zawodowej, w celach marketingowych PZU Życie SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU S.A. z siedzibą 00-876 Warszawa, ul. Ogrodowa 58 oraz spółki z Grupy PZU, oferujące usługi finansowe. Powyższe dane podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści danych oraz ich poprawienia.

*Klauzula dotycząca podmiotów instytucjonalnych*

Niniejszym wyrażam/nie wyrażam zgodę/ly na udostępnienie innym spółkom z Grupy PZU informacji podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia w celach marketingowych.

Oświadczam, że zapoznałem się z Ogólnymi warunkami zbiorowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ( UZ/110/2008 z dnia 03.03.2008 r. ze zmianami UZ/569/2009 z dnia 29.12.2009 r. oraz UZ/14/2011 z dnia 13.01.2011 r.) – stanowiące załącznik do niniejszego polisowniosku, których otrzymanie potwierdzam.

Oświadczam, że wszystkie informacje i oświadczenia podane w niniejszym poliso-wniosku są prawdziwe, kompletne i zostały przekazane do iExpert.pl w dobrej wierze zgodnie z posiadaną przeze mnie wiedzą i stanowią podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia. Jestem świadomy skutków zatajenia lub podania nieprawdziwych danych wynikających z przepisów kodeksu cywilnego.

**PODMIOTY OBSŁUGUJĄCE:**

Informujemy, że doradcą ubezpieczeniowym i podmiotem odpowiedzialnym za kontakt z klientami ze środowiska hodowlano-jeździeckiego jest firma MGZ Gama sp. z o.o. z siedzibą w Piastowie, ul. Reja 8, 05-820 Piastów, NIP 5272206161, Regon 013206906, KRS 0000183190 (Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy KRS), kapitał zakładowy 50.000 zł.

Informujemy, iż podmiotem odpowiedzialnym obsługującym ubezpieczenia w imieniu PZU S.A. jest iExpert.pl SA, z siedzibą w Warszawie, ul. Nowoursynowska 139, 02-776 Warszawa, NIP 5252355248, Regon 140437850, KRS 0000426530 (Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy KRS), kapitał zakładowy 100.000 zł.

iExpert.pl SA i MGZ Gama sp. z o.o. są agentami ubezpieczeniowymi działającymi na podstawie Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. z dnia 16 lipca 2003 r.) wykonującymi czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń w rozumieniu Art.11 ust.2 cytowanej ustawy.

Data: w imieniu PZU SA:	<b>Centrum Likwidacji Szkód za pośrednictwem Infolinii 801 102 102 lub (22) 566 55 55</b>	
----------------------------	---	--

Pieczęć i podpis wystawiającego

Miejscowość, data i czytelny podpis  
(imię i nazwisko) Ubezpieczającego