

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA PRACOWNIKA OŚWIATY I CZŁONKÓW JEGO RODZINY (UBEZPIECZONY) DO UMOWY GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PZU NNW NR POLISY 1053474806 – OPCJA III

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 (dalej: umowa ubezpieczenia NNW) zawartej przez NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8 jako Ubezpieczającym, Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy Alei Jana Pawła II 24 (zwane dalej PZU S.A.).

Jednocześnie oświadczam, iż przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową i wyrażeniem zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej otrzymałem/am Ogólne Warunki Ubezpieczenia NNW PZU zatwierdzone 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) oraz postanowienia dodatkowe i odmiennie od niniejszych OWU.

Oświadczam, że otrzymałem ustandaryzowany dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym i jestem świadomy/a, że dokument ten ma charakter informacyjny, a pełne informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte są w OWU.

Dystrybutor ubezpieczeń – Nauczycielska Agencja Ubezpieczeniowa S.A. z siedzibą w Warszawie (dalej: NAU) przeprowadziła analizę potrzeb Ubezpieczającego w zakresie ubezpieczeń NNW, i na tej podstawie opracowano

ubezpieczenie, do którego Pan/Pani może przystąpić.

Podpisując tę deklarację jednocześnie oświadczam Pan/Pani, że proponowane ubezpieczenie jest zgodne z Pana/Pani potrzebami w zakresie wskazanym powyżej.

Oświadczam, że otrzymałem/am klauzule informacyjne o przetwarzaniu danych osobowych zgodnie z RODO (Rozporządzeniem o Ochronie Danych Osobowych) w NAU Profit Sp. z o.o., NAU S.A. oraz PZU S.A.

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

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

- Umowa zostaje zawarta z Ubezpieczającym na rzecz osób trzecich.
- Odpowiedzialność PZU S.A. 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 S.A. na podstawie złożonej Ubezpieczającemu deklaracji przystąpienia oraz opłacenia składki w wyznaczonym terminie.

Oświadczam, że przystępuję do umowy ubezpieczenia NNW w wybranym przeze mnie wariantcie ze składką miesięczną:

IMIĘ I NAZWISKO	PESEL	SKŁADKA	STATUS	PODPIS UBEZPIECZONEGO DOT. WW. OŚWIADCZEŃ
1		<input type="checkbox"/> 14,00 PLN <input type="checkbox"/> 21,00 zł z rozszerzeniem o sporty wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/> pracownik	
2		<input type="checkbox"/> 14,00 PLN <input type="checkbox"/> 21,00 zł z rozszerzeniem o sporty wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> partner	
3		<input type="checkbox"/> 14,00 PLN <input type="checkbox"/> 21,00 zł z rozszerzeniem o sporty wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika	
4		<input type="checkbox"/> 14,00 PLN <input type="checkbox"/> 21,00 zł z rozszerzeniem o sporty wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika	
5		<input type="checkbox"/> 14,00 PLN <input type="checkbox"/> 21,00 zł z rozszerzeniem o sporty wysokiego ryzyka	<input type="checkbox"/> dziecko pracownika	

Dane Pracownika Oświaty przystępującego do ubezpieczenia:

imię i nazwisko

adres zamieszkania

adres e-mail

telefon kontaktowy

Zgody na przetwarzanie danych osobowych dot. pracownika oświaty

**Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przeprowadzić Pani/Pana analizę potrzeb oraz przedstawić odpowiednie propozycje umów ubezpieczenia.**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Nauczycielską Agencję Ubezpieczeniową S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa, w celu określenia moich wymagań i potrzeb w zakresie ochrony ubezpieczeniowej i przedstawienia mi propozycji umów ubezpieczenia.

TAK  
 NIE

**Dzięki tej zgodzie podmioty z grupy kapitałowej NAU będą mogły przedstawić Pani/Panu ofertę własnych usług.**

Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotom należącym do grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, w celach marketingowych oraz na przetwarzanie moich danych osobowych przez te podmioty w powyższych celach oraz w celu przedstawienia mi odpowiedniej oferty.

TAK  
 NIE

**Dzięki tej zgodzie będziemy mogli przedstawić Pani/Panu ofertę za pomocą wiadomości elektronicznej lub połączenia głosowego.**

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Nauczycielskiej Agencji Ubezpieczeniowej S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wybrzeże Kościuszkowskie 31/33, 00-379 Warszawa a także w przypadku wyrażenia zgody z pkt 2 – również innych podmiotów z grupy kapitałowej NAU, tj. NAU Profit Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Smulikowskiego 6/8, 00-389 Warszawa, informacji handlowo – marketingowych z użyciem urządzeń telekomunikacyjnych i tzw. automatycznych systemów wywołujących, wybierając jako formę kontaktu:

TAK  
 NIE

wiadomości elektroniczne  
(e-mail, SMS/MMS)

TAK  
 NIE

połączenia głosowe  
(rozmowa telefoniczna,  
komunikaty głosowe IVR)

TAK  
 NIE

data i czytelny podpis pracownika