

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA PZU WOJAŻER PROGRAM DLA PZŁ



Wyrażam zgodę na przystąpienie do umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia PZU Wojażer ustalone uchwałą nr UZ/109/2022 Zarządu PZU SA z dnia 20 kwietnia 2022 r. ("OWU") oraz potwierdzam, że otrzymałem/am tekst OWU.

Okres ubezpieczenia od -- do -- liczba dni

I. Osoba wnioskująca o ubezpieczenie

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię	Nazwisko	Nazwa Jednostki
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/> - <input type="text"/>	Kraj
<input type="text"/>	Kod pocztowy	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Adres e-mail

II. Ubezpieczony / Ubezpieczeni – dane wymagane w przypadku ubezpieczenia jednej osoby lub więcej ubezpieczonych

L.P.	Imię i nazwisko	PESEL
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

III. Zakres ubezpieczenia

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
Koszty leczenia	50 000 EUR	80 000 EUR	120 000 EUR
Ubezpieczenie NNW	30 000 zł	50 000 zł	75 000 zł
Rozszerzony pakiet usług assistance – Klauzula nr 1 do OWU PZU Wojażer	Zakres i limity zgodnie z OWU		
Ubezpieczenie bagażu podróżnego	3 000 zł	6 000 zł	10 000 zł
Ubezpieczenie sprzętu sportowego	3 000 zł	6 000 zł	10 000 zł
Koszty leczenia powstałe w związku z uprawianiem sportów wysokiego ryzyka	do wysokości SU kosztów leczenia		
Koszty ratownictwa i poszukiwań	do wysokości SU kosztów leczenia		
OC w życiu prywatnym	150 000 EUR		
Składka za 1 osobę za 1 dzień ochrony ubezpieczeniowej – Europa	9 zł	10 zł	11 zł
Składka za 1 osobę za 1 dzień ochrony ubezpieczeniowej – Cały Świat	10 zł	12 zł	13 zł

IV. Wybór ubezpieczenia

Zakres terytorialny Europa Cały świat

Wariant ubezpieczenia Wariant I Wariant II Wariant III

Liczba osób Ubezpieczonych

Wysokość składki łącznej

Sposób płatności składki Składka płatna jednorazowo najpóźniej na jeden dzień przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej.
Numer rachunku bankowego PZU SA do zapłaty składki: 41 1240 6960 3014 0110 3768 7780
W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1092142429

V. Oświadczenie osoby podpisującej wniosek

1. Zobowiązuję się do zapłaty składki na podane konto w wysokości składki łącznej.
2. Oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są kompletne i zgodne z prawdą oraz zobowiązuje się informować PZU SA o wszystkich zmianach w wyżej wymienionych danych.
3. Przyjmuję do wiadomości, że podanie zgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne, wynikające z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których zawierana jest umowa ubezpieczenia.
4. Warunki ubezpieczenia odpowiadają moim wymaganiom i potrzebom, a informacje i dokumenty udostępnione przez PZU SA były obiektywne, podane w zrozumiałej formie i wystarczające dla podjęcia przeze mnie świadomej decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia.
5. Przed wyrażeniem zgody na przystąpienie do ubezpieczenia zostały mi udostępnione: dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym, informacje, o których mowa w art.9 ust.1 pkt 2 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, ogólnych warunków ubezpieczenia PZU Wojażer ustalone uchwałą nr UZ/109/2022 Zarządu PZU SA z dnia 20 kwietnia 2022 r (dalej OWU) – w taki sposób, że mogłam/em się z nimi zapoznać, przechowywać je i odtwarzać w zwykłym toku czynności.
6. Zapoznałam/em się z procedurą składania i rozpatrywania reklamacji, która została zawarta w OWU.
7. Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o przysługujących mi prawach na podstawie Ustawy z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018 poz. 1000 z późn. zm.), związanych z wyrażeniem zgody, w tym o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przekazywane.
8. Zwalniam lekarzy sprawujących opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody i wyrażam zgodę na udostępnienie PZU SA dokumentacji z mojego leczenia.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA

Dane do wysyłki wniosku wraz z potwierdzeniem opłacenia składki

Wypełniony wniosek wraz z potwierdzeniem przelewu należy przesłać skanem na adres: anna.siworska@wdbsa.pl,
lub ewentualnie pocztą tradycyjną na adres:

WDB S.A.
Anna Siworska
Ul. Fiołkowa 3
52-200 Wysoka

D	D	–	M	M	–	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data

Miejscowość i czytelny podpis osoby wnioskującej o ubezpieczenie