

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

Imię	Nazwisko	Nazwa Jednostki
Miejscowość	Kod pocztowy	Kraj
Telefon	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 bagazu 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 poszukiwan	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 ☐ 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: 11 1240 6960 3014 0110 4599 6952
W tytule przelewu prosimy wpisać: 1117938706

IV 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. Przyjmuje 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.siwerska@pib-broker.pl**,
lub ewentualnie pocztą tradycyjną na adres:

PIB Broker S.A.
Anna Siwerska
ul. Na Ostatnim Groszu 3
54-207 Wrocław
West 4 Business Hub, p II

DD - MM - RRRR

Data

Miejscowość i czytelny podpis osoby wnioskującej o ubezpieczenie