

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA**

do Umowy ubezpieczenia PZU DOM Grupowy



**Oświadczam**, iż przystępuję do Umowy ubezpieczenia PZU DOM Grupowy nr **RUCLB10740008**, zwanej dalej „Umową ubezpieczenia”, zawartej pomiędzy **PZU SA Oddział Rzeszów**, 35-959 Rzeszów, ul. Zygmuntońska 14.

a **Ubezpieczającym - Spółdzielnią Mieszkaniową Budowlanych** z siedzibą: 35-060 Rzeszów, ul. Słowackiego 7a

w zakresie następujących ryzyk:

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Składka za 1 -miesięczny okres ubezpieczenia w zł	Wybrany* wariant
<b>Ruchomości domowe i stałe elementy wraz z ubezpieczeniem odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym oraz assistance</b>	15 000,00	9,20	<input type="checkbox"/>
	20 000,00	11,90	<input type="checkbox"/>
	22 000,00	13,20	<input type="checkbox"/>
	25 000,00	16,20	<input type="checkbox"/>
	30 000,00	19,20	<input type="checkbox"/>
	35 000,00	22,20	<input type="checkbox"/>
	40 000,00	26,20	<input type="checkbox"/>
	55 000,00	36,20	<input type="checkbox"/>

Suma gwarancyjna dla szkód z tytułu odpowiedzialności cywilnej w życiu prywatnym wynosi pięciokrotność sumy ubezpieczenia ruchomości domowych i stałych elementów nie więcej niż 100 000 zł.

Przedmiot ubezpieczenia	Suma ubezpieczenia	Składka za 1 -miesięczny okres ubezpieczenia w zł	Wybrany* wariant
<b>Szklane przedmioty od stłuczenia</b>	1 000,00	2,30	<input type="checkbox"/>
	1 500,00	3,50	<input type="checkbox"/>
	2 000,00	4,70	<input type="checkbox"/>

Przedmiot ubezpieczenia	Składka za 1 -miesięczny okres ubezpieczenia w zł	Wybrany* wariant
<b>Assistance – limity świadczeń zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia</b>	<b>1,80</b>	<input checked="" type="checkbox"/>

\*) właściwy wariant zaznaczyć znakiem X

Zobowiązuję się do zwrotu Ubezpieczającemu kosztów z tytułu ubezpieczenia na moją rzecz ww. ryzyk, w związku z czym upoważniam Ubezpieczającego do pobierania wraz z opłatami za użytkowanie lokalu kwot odpowiadających kwotom należnych składek z tytułu ubezpieczenia ww. ryzyk (z wyszczególnieniem składki jako osobnej opłaty) / potrącania z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat kwot odpowiadających kwotom należnych składek z tytułu ubezpieczenia ww. ryzyk.

**Ubezpieczony** – właściciel nieruchomości/osoba posiadająca tytuł prawny do nieruchomości.....  
imię i nazwisko

PESEL											
obywatelstwo					.....						
..... rodzaj dokumentu tożsamości					..... seria i numer dokumentu						
..... ulica					..... numer domu			..... numer lokalu			
[ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ] kod pocztowy					..... miejscowość						
..... telefon stacjonarny				..... telefon komórkowy				..... email			

<b>Adres miejsca ubezpieczenia (ubezpieczony obiekt) – wypełnić jeżeli adres inny niż dla Ubezpieczonego</b>		
..... ulica	..... numer domu	..... numer lokalu
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kod pocztowy		..... miejsowość

Oświadczam, iż

- 1) zostałem/am poinformowany/a, że Umowa ubezpieczenia jest zawarta na czas nieokreślony z 1-miesięcznymi okresami ubezpieczenia;
- 2) zostałem/am poinformowany/a, że Ubezpieczony ma prawo w każdej chwili zrezygnować z ochrony ubezpieczeniowej, składając Ubezpieczającemu pisemne oświadczenie o rezygnacji, przy czym ochrona ubezpieczeniowa w tym przypadku wygasa z ostatnim dniem tego okresu ubezpieczenia, w którym składane jest oświadczenie;
- 3) zostałem/am poinformowany/a, że z zastrzeżeniem pkt 4 odpowiedzialność PZU SA w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia następującego po dniu, w którym Ubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia;
- 4) zostałem/am poinformowany/a, że PZU SA obejmuje ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonych, pod warunkiem imiennego wskazania ich na wykazie Ubezpieczonych, za których opłacana jest przez Ubezpieczającego składka za dany okres ubezpieczenia, doręczonym PZU SA przez Ubezpieczającego przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia w terminie wskazanym w Umowie ubezpieczenia;
- 5) zapoznałem/am się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych
- 5) potwierdzam, iż przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, zapoznałem się, otrzymałem i przyjąłem/am do wiadomości postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia PZU DOM Grupowy, ustalonych uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/239/2012 z dnia 9 lipca 2012r. ze zmianami ustalonymi uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/393/2015 z dnia 17 grudnia 2015 r., które mają zastosowanie do Umowy ubezpieczenia.

miejsowość, data

podpis Ubezpieczonego

o Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.

o Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

o Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

o Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

o Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

#### PEŁNA INFORMACJA O SPÓŁKACH

	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1.	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2.	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3.	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4.	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5.	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6.	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7.	PZU CO	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8.	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9.	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10.	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

miejsowość, data

podpis Ubezpieczonego

miejsowość, data

podpis Ubezpieczającego

\*) zaznaczyć właściwe