



UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., 90-520 Łódź, ul. Gdańska 132, tel. 42 66 66 500, www.uniqa.pl
 Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi KRS 000001201, NIP 727-012-63-58,
 Kapitał zakładowy i wpłacony: 220 308 282 PLN

PIECZĘĆ OŚRODKA

Dane Pracodawcy

..... **KOWALSKI** **JAN** **01-01-1960**

(nazwisko Ubezpieczonego) (imię Ubezpieczonego) (data urodzenia DD/MM/RR)

6	0	0	1	0	1	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

 **123-456-789** **MAIL@MAIL.PL**

PESEL (numer telefonu) (email)

Adres Ubezpieczonego **12 - 345** **WARSZAWA**

(Kod pocztowy) (poczta)

..... **WARSZAWSKA** **1A** **A** **WARSZAWA**

(ulica) (nr domu) (nr lokalu) (miejscowość)

OKRES UBEZPIECZENIA od **01-10-2020** do **30-09-2021**
 od ~~DD.MM.RRRR~~ do ~~DD.MM.RRRR~~

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NR

1. Wyrażam zgodę na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia grupowego nr w zakresie:

Ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej instruktora NJ

składka miesięczna: **XX** zł tak nie

↳ wpisać kwotę zależnie od wybranego wariantu

1. Wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat kwot odpowiadających kwotom składek z tytułu ubezpieczenia ww. ryzyk.
2. Przyjmuję do wiadomości, że rezygnacja przeze mnie z ubezpieczenia powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z upływem okresu ubezpieczenia, w którym została złożona rezygnacja. W przypadku braku złożenia rezygnacji przedłużenie obowiązywania niniejszego ubezpieczenia następuje automatycznie na kolejny roczny okres ubezpieczenia.
3. Potwierdzam, iż przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, zapoznałem się, otrzymałem i przyjąłem/am do wiadomości postanowienia, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających i wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki: Ogólne Warunki Ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej z tytułu wykonywania zawodu zatwierdzone Uchwałą Zarządu UNIQA TU S.A. z dnia 13 sierpnia 2018 r.

..... **30-09-2020** **JAN KOWALSKI**

Data Czytelny podpis Ubezpieczonego (imię i nazwisko)

NA PODSTAWIE ART. 815 KODEKSU CYWILNEGO PODANIE INFORMACJI WYMAGANYCH DO ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA JEST OBOWIAZKOWE

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 UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., z siedzibą w Łodzi (90-520), ul. Gdańska 132 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

Powyższe dane podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.

..... **30-09-2020** **JAN KOWALSKI**

Data Czytelny podpis Ubezpieczonego (imię i nazwisko)

Rodzaj umowy zatrudnienia przystępującego do ubezpieczenia instruktora NJ (proszę zaznaczyć właściwe):

- umowa o pracę; - umowa zlecenia lub inna o podobnym charakterze;

Ilość zatrudnionych instruktorów ogółem: **np. 4**

PIECZĘĆ OŚRODKA

..... **30-09-2020**

Data

PODPIS WŁAŚCICIELA OŚRODKA

Pieczętka i podpis przyjmującego deklarację

Proszę zaznaczyć właściwe