

PROGRAM NNW PZU PZPN - formularz zgłoszeniowy i oświadczenie zawodnika

nazwa klubu:	
--------------	--

UBEZPIECZANY	wariant	zł	
---------------------	----------------	-----------	--

PESEL	
nazwisko	
imię	
obywatelstwo	
nr paszportu i data urodzenia <i>w przypadku obywatelstwa obcego kraju</i>	
<i>adres:</i>	
kod pocztowy	
pocztą	
miejscowość	
ulica	
nr budynku	
nr lokalu	
województwo	
nr telefonu	
<i>adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej)</i>	
kod pocztowy	
pocztą	
miejscowość	
ulica	
nr budynku	
nr lokalu	
województwo	
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych przez Kahlenberg Services Sp. z o.o. w celu realizacji usług zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016.922 t.j.). i mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich poprawiania, sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.2016.922) oraz art. 6 ust. 1) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016.	<i>(miejsce na podpis)</i>
Wyrażam zgodę na otrzymywanie od Kahlenberg Services Sp. z o.o. informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS) i połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Kahlenberg Services Sp. z o.o. w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych. Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem 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 uaktualnić moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej	<i>(miejsce na podpis)</i>

* Pole obowiązkowe

FORMULARZ NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI



Oświadczenia

Oświadczenie o otrzymaniu ogólnych warunków ubezpieczenia

Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am ogólne warunki ubezpieczenia PZU NNW ustalone uchwałą Zarządu PZU SA nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r., wraz z postanowieniami odmiennymi.

□□-□□-□□□□

Data podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Opiekuna prawnego

Oświadczenie o otrzymaniu informacji o przetwarzaniu danych osobowych

Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

□□-□□-□□□□

Data podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Opiekuna prawnego

Oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych o stanie zdrowia

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU SA z siedzibą w Warszawie danych osobowych o moim stanie zdrowia podanych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia NNW, w tym na udostępnianie przez PZU SA tych danych podmiotom współpracującym z PZU SA przy wykonaniu ww. umowy ubezpieczenia w celu jej wykonania.

□□-□□-□□□□

Data podpisania

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Opiekuna prawnego