

OŚWIADCZENIA



Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am Ogólne warunki ubezpieczenia PZU NNW ustalone uchwałą Zarządu Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń Spółki Akcyjnej nr UZ/423/2016 z dnia 24 października 2016 r., wraz z postanowieniami odmiennymi.

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Opiekuna prawnego

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.

Czytelny podpis Ubezpieczonego/Opiekuna prawnego