



PZU SA

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS 0000009831, NIP 526-025-10-49, wysokość kapitału zakładowego: 86 352 300,00 zł, kapitał wpłacony w całości

Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków osób uczestniczących w kulturze fizycznej „PZU SPORT” (grupa stat. 84)

Polisa Seria D Nr 0102862

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna VII Inspektorat w Warszawie ul. Bukowińska 24A, 02-703 Warszawa tel. 543 59 91+92, 847 53 35+37 fax: 543 59 91+92 Pieczęć PZU S.A.

Ubezpieczenie na okres roczny/krótkoterminowy\*) Ubezpieczenie nowe/wznowione\*) Seria i Nr poprzedniej polisy .....

Ubezpieczający POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU (imię i nazwisko/nazwa\*)

00-688 WARSZAWA UL. NOAKOWSKIEGO 10/12 (kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

REGON 0774724

PESEL

NIP 527-213-96-119

Obywatelstwo\*\*)

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości .....

Ubezpieczenie: jednostkowe [ ], zbiorowe [x] uczestników imprez sportowych [ ]

1. UBEZPIECZENIE JEDNOSTKOWE

Ubezpieczony .....

[ ]-[ ]-[ ]-[ ] (imię i nazwisko)

(kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

PESEL [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

NIP [ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]-[ ]

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości .....

Uprawiana dyscyplina sportu lub pełniona funkcja .....

2. UBEZPIECZENIE ZBIOROWE

Liczba ubezpieczonych osób [ 55 ]

KADRA NARODOWA PZA WE WSPINACZCE SPORTOWEJ (JUNIORZY, JUNIORKI, MŁODSI, MŁODSIKI, SENIORZY)

forma: imienna [x] bezimienna [ ]

Uwaga! W ubezpieczeniu zawartym w formie imiennej należy dołączyć listę ubezpieczonych osób.

3. UBEZPIECZENIE UCZESTNIKÓW IMPREZ SPORTOWYCH

Rodzaj imprezy .....

Miejsce imprezy .....

Liczba ubezpieczonych osób [ ]

forma: imienna [ ], bezimienna [ ], czas ochrony – ograniczony bez drogi

Uwaga! W ubezpieczeniu zawartym w formie imiennej należy dołączyć listę ubezpieczonych osób.

Okres ubezpieczenia od 02 02 2009 do 31 12 2009 (dzień miesiąc rok)

Czas ochrony: pełny [x] ograniczony + droga [ ], ograniczony bez drogi [ ]

SUMA UBEZPIECZENIA 5000,00 zł na wypadek 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu dla każdej ubezpieczonej osoby

ZAKRES UBEZPIECZENIA Rodzaje świadczeń i ryzyk	KL. I		KL. II		KL. III		KL. IV		KL. V		Składka łącznie
	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	
Świadczenia podstawowe									55	515	2805 zł
Ryzyko zawału serca i krwotoku śródmózgowego											zł
Podwyższenie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci											zł
Koszty leczenia do kwoty ..... zł											zł
Zasilek dzienny w wysokości ..... zł za 1 dzień											zł
Jednorazowe świadczenie w wysokości ..... zł											zł
Dieta szpitalna w wysokości ..... zł za 1 dzień											zł
Świadczenie przejściowe											zł
<b>Składka razem</b>										<b>2805 zł</b>	
Ryzyko wojny ..... % składki razem											zł
Ryzyko chorób tropikalnych 30% składki razem											zł
<b>Składka ogółem</b>										<b>2805 zł</b>	

Informacja o udzielonej zniżce pozataryfowej:

-20% ZA DOTYCZĄCĄCĄ PRZEbieg UBEZP. -20% 561 zł  
tytuł zniżki pozataryfowej (kod zniżki) % udzielonej zniżki kwota udzielonej zniżki

Składka do zapłaty po uwzględnieniu zniżki/zwyżki\* 2244 zł

(słownie zł. DLA TYSIĄCE DZIESIĘĆ CZYLI DWIECI TYSIĄCE 44 ..)

Składka płatna:

jednorazowo/ratalnie\* - kwota: I raty ..... zł II raty ..... zł  
 - data płatności: I raty [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] II raty [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

gotówką  - zainkasowano składkę w kwocie (słownie zł. ....)

inny  POLISA PŁATNA PRZEJEM NA KONTO VII INSP. PZU S.A.  
 KONTO NR 71 160 2244 1610 0000 9950 3076 Data płatności 16 02 2008  
dzień miesiąc rok

Postanowienia dodatkowe:

Uprawnionym do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonej/ego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest\*\*\*\*):

(imię, nazwisko/nazwa, data urodzenia, PESEL/REGON/NIP\*), adres)

Na podstawie art. 815 kodeksu cywilnego podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.  
 Do niniejszej umowy ubezpieczenia zastosowanie mają ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków osób uczestniczących w kulturze fizycznej „PZU SPORT” ustalone przez Zarząd PZU S.A. uchwałą Nr UZ/409/2007 z dnia 26 lipca 2007 r., które otrzymałam/em przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

WARSZAWA 01.02.2008  
 miejscowość, data zawarcia umowy  
**POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU**  
**ZARZĄD**  
 ul. St. Noakowskiego 10 lok. 12  
 00-666 Warszawa  
 www.pza.org.pl biuro@pza.org.pl  
 KRS 0000097455 NIP 527-21-39-619

WARSZAWA 01.02.2008  
 miejscowość, data wystawienia polisy  
**AGENCJA UBEZPIECZENIOWA**  
**CONTINENTAL**  
 ul. 3-go Maja 10  
 00-666 Warszawa  
 pieczęć PZU S.A. i podpis wykonujący w imieniu PZU S.A. i podpis ubezpieczonej/powinującej polisę  
 tel. 658-13-13

**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 Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 w celu i zakresie realizacji umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

**Klauzula dotycząca osób fizycznych\*\*\*\*)**

Wyrażam (nie wyrażam\*\*) zgody na udostępnienie moich danych osobowych, podanych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków osób uczestniczących w kulturze fizycznej „PZU SPORT”, w celach marketingowych PZU Życie SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24. Powyższe dane podaję dobrowolnie. Oświadczam, że zostałam(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.  
 \*\*) zaznaczyć właściwie

**Klauzula dotycząca podmiotów instytucjonalnych**

Niniejszym wyrażam zgodę na udostępnienie innym spółkom z Grupy PZU informacji podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia w celach marketingowych.\*

WARSZAWA 01.02.2008  
 data

WARSZAWA 01.02.2008  
 ul. St. Noakowskiego 10 lok. 12  
 00-666 Warszawa  
 www.pza.org.pl biuro@pza.org.pl  
 KRS 0000097455 NIP 527-21-39-619

właściwie zakreślić, \*) niepotrzebne skreślić, \*\*) wypełnić, jeżeli składka przekracza równowartość 15.000 euro według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu zawarcia umowy, \*\*\*) dotyczy ubezpieczającego się we własnym imieniu lub swoich niepełnoletnich dzieci.

Polisa Seria **PN 0102862**