



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

p. 17/02/2010

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

Polisa Seria D Nr 0102874

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 57

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 LOK. 12 (kod, poczta, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon/fax)

REGON 0774724 PESEL NIP 527-213-96-19 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 KADRA NARODOWA PZA - ALPINIZM JASKINIOWY

Liczba ubezpieczonych osób 38 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 2010 do 31 12 2010

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

WARIANT 1

SUMA UBEZPIECZENIA 5000 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 łączna
	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	
Świadczenia podstawowe									38	51	1938
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>1938</b>
Ryzyko wojny ..... % składki razem											zł
Ryzyko chorób tropikalnych 30% składki razem											zł
<b>Składka ogółem</b>											<b>1938</b>

Informacja o udzielonej zniżce pozataryfowej:

**-20% ZA DOTYCHCZASOM PRZEBIEG UBEZPIECZENIA** ..... **-20%** ..... **388 zł** ..... zł  
tytuł zniżki pozataryfowej (kod zniżki) % udzielonej zniżki kwota udzielonej zniżki

**Składka do zapłaty po uwzględnieniu zniżki/zwyżki\*)** **1550, / zł**  
 (słownie zł **JEDEN TYSIĄC PIĘCIESET PIĘCĄDZIESIĄT ZŁ** .....) )

**Składka płatna:**

jednorazowo/~~ratami~~\*) – kwota: I raty ..... zł II raty ..... zł  
 – data płatności: I raty [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] rok II raty [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] rok  
dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

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

inny  **POLISA PŁATNA PRZELEHEM NA KONTO** ..... Data płatności **22 02 2010**  
VII INSP. PZU SA W-NA UL. BUKOWIŃSKA 24A dzień miesiąc rok

**Postanowienia dodatkowe:** **KONTO NR 71 160 2244 1640 0000 9950 3076**

**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 01.02.2010**  
miejsowość, data zawarcia umowy

**WARSZAWA 01.02.2010**  
miejsowość, data wystawienia polisy

**Ubezpieczający**  
**POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU**  
**ZARZĄD**  
 pieczęć i podpis Ubezpieczającego  
 ul. St. Nowakowskiego 10 lok. 12  
 00-666 Warszawa  
 www.pza.org.pl biuro@pza.org.pl

**AGENCJA UBEZPIECZENIOWA**  
**CONTINENTAL S.A.**  
 pieczęć PZU S.A. i podpis osoby wystawiającej polisę  
 ul. Dłkowska 6 Grójec 10 paw. nr 4  
 tel./fax 650 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 Pan/i 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 Pan/i 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(em) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania. \*) zaznaczyć właściwe

**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 01.02.2010**  
data

**NIE WYRAŻAM**  
**POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU**  
**ZARZĄD**  
 ul. St. Nowakowskiego 10 lok. 12  
 00-666 Warszawa  
 www.pza.org.pl biuro@pza.org.pl

właściwe 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 D Nr **0102874**