

PROGRAM NNW PZU PZPN - formularz zgłoszeniowy i oświadczenie zawodnika

nazwa klubu:	<u>Stowarzyszenie Lambada Choroszcz</u>
--------------	---

UBEZPIECZANY **wariant 18 zł**

PESEL	
nazwisko	
imię	
obywatelstwo	
nr paszportu i data urodzenia <i>w przypadku obywatelstwa obcego kraju</i>	
<i>adres:</i>	
kod pocztowy	
poczta	
miejsowość	
ulica	
nr budynku	
nr lokalu	
województwo	
nr telefonu	
<i>adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej)</i>	
kod pocztowy	
poczta	
miejsowość	
ulica	
nr budynku	
nr lokalu	
województwo	
* Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym przez Kahlenberg Services Sp. z o.o. w celu i zakresie niezbędnym do realizacji usług zgodnie z art. 6 ust. 1) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 i mam prawo dostępu do treści swoich danych osobowych, prawo do ich sprostowania, żądania usunięcia i ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania zgodnie z Rozporządzeniem 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 zawartych w formularzu zgłoszeniowym 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, zobowiązuje 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. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r., wraz z postanowieniami odmiennymi oraz Dokument zawierający informację o produkcie ubezpieczeniowym.

□□ - □□ - □□□□

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