



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 0073295

Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna VII Inspektorat w Warszawie ul. Bukowińska 24A, 02-703 Warszawa tel. 543 59 91-92, 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 0776726 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

Liczba ubezpieczonych osób 8 KADRA NARODOWA PZA - WSPINACZKA SPORADYCZNA - ALPINIZM TĄSKINIOWY 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 19 07 2008 do 31 12 2008 dzień miesiąc rok dzień miesiąc rok

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

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

WARIANT 1

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										8 51 x 0,7%	408 zł
Ryzyko zawału serca i krwotoku śródmózgowego											zł
Podwyższenie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci											zł
Koszty leczenia do kwoty ..... zł											zł
Zasiłek 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>408 zł</b>
Ryzyko wojny ..... % składki razem											x 0,7 zł
Ryzyko chorób tropikalnych 30% składki razem											zł
<b>Składka ogółem</b>											<b>286 zł</b>

Informacja o udzielonej zniżce pozataryfowej:

-20% ZA DŁUGOCZASOWY BEZMOC. PRZEbieg ..... 57% zł  
tytuł zniżki pozataryfowej (kod zniżki) % udzielonej zniżki kwota udzielonej zniżki

Składka do zapłaty po uwzględnieniu zniżki/zwyżki) 229 zł  
 (słownie zł DWAŚCIE DZIESIĘĆ DWA DZIESIĘĆ 25)

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  PRZELEWEM NA KONTO VII INSPEKTORATU PZU SA Data płatności 30 07 2008  
 W-4A BUKOWIŃSKA 24A KONTO 71 1160 2244 1640 0000 99 5030 76  
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 18.07.2008  
 miejscowość, data zawarcia umowy  
 POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU  
 ZARZĄD  
 ul. St. Noakowskiego 10 lok. 12  
 00-686 Warszawa  
 www.pza.org.pl biuro@pza.org.pl

WARSZAWA 18.07.2008  
 miejscowość, data wystawienia polisy  
 AGENCJA UBEZPIECZENIOWA  
 <>CONTINENTAL<>  
 02-731 Warszawa, ul. Nieubezpieczeni  
 tel/fax 648 29 41

**Klauzula informacyjna** KRS 0000097455 NIP 527-21-39-619  
 Na podstawie ustawy o ochronie danych osobowych (Dz.U. Nr 101 z 2002 r., poz. 926 z późn. zm.), informuję, że Pan/Pani 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/Pani prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

**Klauzula dotycząca osób fizycznych\*\*\*\*)**  
 Wyrażam zgodę na przetwarzanie 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 przez PZU S.A. z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, PZU Życie S.A. z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU S.A. z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU S.A. z siedzibą 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 oraz spółki z Grupy PZU oferujące usługi finansowe. Dane zostają dobrowolnie podane w tym celu. Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie dostępu do treści moich danych oraz ich poprawiania.)

**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 18.07.2008  
 data

NIE WYRAZA  
 POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU  
 ZARZĄD  
 ul. St. Noakowskiego 10 lok. 12  
 00-686 Warszawa  
 www.pza.org.pl biuro@pza.org.pl

właściwe skreślić, \*) 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 0073295