



p. 03.02.14

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

Polisa Seria TPP Nr 29736863

Ubezpieczenie na okres roczny

Ubezpieczenie nowe

### UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa podmiotu gospodarczego

POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU

Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości

—

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

ANTONIEGO CORAZZIEGO 5 m. 24, 00-087 WARSZAWA, tel.228758505

PESEL

—

REGON

000774724

NIP

5272139619

Kraj

POLSKA

Ubezpieczenie: jednostkowe  zbiorowe  uczestników imprez sportowych

### UBEZPIECZENIE ZBIOROWE

Liczba ubezpieczonych osób:

159

forma: imienna  bezimienna

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

Okres ubezpieczenia od 01.02.2014 do 31.01.2015

Czas ochrony: pełny  ograniczony + droga  ograniczony bez drogi

WARIANT I

Suma ubezpieczenia 8 000,00 zł na wypadek 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu dla każdej ubezpieczonej osoby

ZAKRES UBEZPIECZENIA Rodzaje świadczeń i ryzyk	Klasa I		Klasa II		Klasa III		Klasa IV		Klasa V		Składka łączna
	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	I. os.	składka	
Świadczenia podstawowe	—	—	—	—	—	—	—	—	159	10 379,52	10 380,00 zł
Ryzyko zawału serca i krwotoku śródmózgowego	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Podwyższenie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Koszty leczenia do kwoty ..... zł	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Zasiłek dzienny w wysokości ..... zł za 1 dzień	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Jednorazowe świadczenie w wysokości ..... zł	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dieta szpitalna w wysokości ..... zł za 1 dzień	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Świadczenie przejściowe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Składka razem</b>										<b>10 380,00 zł</b>	
Ryzyko wojny .....% składki razem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Ryzyko chorób tropikalnych 30% składki razem	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>Składka ogółem</b>										<b>10 380,00 zł</b>	

Informacja o udzielonych zniżkach promocyjnych:

Nr	Tytuł zniżki promocyjnej (kod zniżki)	% udzielonej zniżki	Kwota udzielonej zniżki
1	Zniżka incydentalna DS	20,00%	2 076,00 zł

Składka do zapłaty po uwzględnieniu zniżki/zwyżki 8 304,00 zł (słownie zł osiem tysięcy trzysta cztery )

Składka płatna:

jednorazowo - kwota: I raty 8 304,00 zł

- data płatności: I raty 10.02.2014

przelewem - numer konta 29 1020 1026 3013 8001 2973 6863



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. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/14/2011 z dnia 13 stycznia 2011 r. oraz uchwałą nr UZ/21/2012 z dnia 20 stycznia 2012 r., które otrzymałam/em przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

WARSZAWA, 31.01.2014

-----  
miejsowość, data zawarcia umowy

-----  
pieczęć i podpis Ubezpieczającego

POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU  
ul. Corazziego 5/24, 00-087 Warszawa  
tel. 22 875 85 05, biuro@pza.org.pl  
REGON 000774724 NIP 527-21-39-619  
KRS 0000097455

WARSZAWA, 31.01.2014

-----  
miejsowość, data wystawienia polisy

-----  
AGENCJA UBEZPIECZEŃ  
>> CONTINENTAL <<  
02-082 Warszawa  
ul. Jana Pawła II 24  
pieczęć PZU SA i podpis osoby wystawiającej polisę  
tel./fax 22 875 85 05

#### Klauzula informacyjna

Zostałem/am poinformowany/a, że administratorem moich danych osobowych jest PZU SA z siedzibą: 00-133 Warszawa, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania tych danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia.

31.01.2014

-----  
data

-----  
podpis Ubezpieczającego

\*) dotyczy ubezpieczającego się we własnym imieniu lub swoich niepełnoletnich dzieci.

„X” – ma zastosowanie

„-” – nie dotyczy

POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU  
ul. Corazziego 5/24, 00-087 Warszawa  
tel. 22 875 85 05, biuro@pza.org.pl  
REGON 000774724 NIP 527-21-39-619  
KRS 0000097455



## WNIOSEK

### o zawarcie umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków osób uczestniczących w kulturze fizycznej "PZU SPORT"

ubezpieczenie jednostkowe <input type="checkbox"/>	ubezpieczenie zbiorowe <input checked="" type="checkbox"/>	ubezpieczenie uczestników imprezy sportowej <input type="checkbox"/>
--	--	--

Ubezpieczenie: nowe  wznowione

Umowa ubezpieczenia zawierana jest: we własnym imieniu  na rzecz osoby trzeciej

<b>UBEZPIECZAJĄCY</b>			
Nazwa podmiotu gospodarczego POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU	Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości —		
Adres (miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu, kod, poczta, telefon, fax) ANTONIEGO CORAZZIEGO 5 m. 24, 00-087 WARSZAWA, tel.228758505			
PESEL —	REGON 000774724	NIP 5272139619	Kraj POLSKA

#### UBEZPIECZENIE ZBIOROWE

Liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia: 159 forma: imienna  bezimienna

Czas ochrony: pełny  ograniczony + droga  ograniczony bez drogi

*Uwaga! - W ubezpieczeniu zawartym w formie imiennej należy dołączyć listę ubezpieczonych osób.  
- Formę bezimienną stosuje się pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób, które należą do określonej w umowie grupy osób.*

#### OSOBY ZGŁOSZONE DO UBEZPIECZENIA

Uprawiana dyscyplina sportu/pelniona funkcja	Ogółem liczba osób*	Liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia
wspinaczka sportowa, wsp. wysokogórska, alpinizm jaskiniowy	159	159

\* w rubryce tej należy podać łączną liczbę osób uprawiających określoną dyscyplinę sportu lub pełniącą funkcję w danym klubie lub związku sportowym

Forma uprawiania dyscypliny sportu: profesjonalnie  amatorsko  rekreacyjnie

OKRES UBEZPIECZENIA: od 01.02.2014 do 31.01.2015

SUMA UBEZPIECZENIA: 8 000,00 zł WARIANT I

#### ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA:

Świadczenia podstawowe

#### Wnoszę o rozszerzenie umowy o dodatkowe świadczenia i ryzyka:

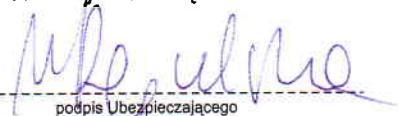
- Ryzyko zawału serca i krwotoku śródmózgowego
- Podwyższenie sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci o 100% sumy ubezpieczenia
- Koszty leczenia do kwoty \_\_\_\_\_ zł
- Zasiłek dzienny w wysokości \_\_\_\_\_ zł za 1 dzień
- Jednorazowe świadczenie w wysokości \_\_\_\_\_ zł
- Dieta szpitalna \_\_\_\_\_ zł za 1 dzień
- Świadczenie przejściowe
- Ryzyko wojny poza granicami RP
- Ryzyko chorób tropikalnych

Oświadczam, że niniejszy wniosek o ubezpieczenie wypełniłem/łam zgodnie z prawdą i w najlepszej wierze.

Na podstawie Art. 815 kodeksu cywilnego podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.

31.01.2014

data



podpis Ubezpieczającego

\* ) dotyczy ubezpieczającego się we własnym imieniu lub swoich niepełnoletnich dzieci.

„X” – ma zastosowanie

„-” – nie dotyczy

**POLSKI ZWIĄZEK ALPINIZMU**  
ul. Corazziego 5/24, 00-087 Warszawa  
tel. 22 875 85 05, [biuro@pza.org.pl](mailto:biuro@pza.org.pl)  
REGON 000774724 NIP 527-21-39-619  
KRS 0000097455