

PROGRAM DLA KWP W KRAKOWIE

Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia:

- ☒ odpowiedzialności majątkowej funkcjonariusza Policji
- ☐ odpowiedzialności materialnej pracowników cywilnych Policji
- ☒ ochrony prawnej w zakresie dotyczącym czynów popełnionych przy wykonywaniu obowiązków służbowych lub pracowniczych
- ☒ na wypadek zawieszenia w czynnościach służbowych
- ☐ odpowiedzialności majątkowej funkcjonariusza publicznego za rażące naruszenie prawa
- ☒ następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrane ubezpieczenia



Osoba przystępująca do ubezpieczenia: ☒ funkcjonariusz policji ☐ pracownik cywilny

Planowana data przystąpienia

01

02

2016

 Data zatrudnienia

01

06

2013

I. Dane dotyczące Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko

P I O T R N O W A K

PESEL

80110824584

Data urodzenia

08

11

1980

Adres

00-000

KRAKÓW

SŁONECZNA

8

63

Telefon kontaktowy

6600123456

e-mail

P.NOWAK@WP.PL

II. Ubezpieczenie odpowiedzialności majątkowej funkcjonariuszy Policji

Zakres Ubezpieczenia	Suma gwarancyjna	
	<input checked="" type="checkbox"/> WARIANT I	<input type="checkbox"/> WARIANT II
- odpowiedzialność majątkowa Ubezpieczonego za szkody powstałe wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków służbowych	20.000 zł	30.000 zł
- odpowiedzialność majątkowa Ubezpieczonego za szkody powstałe w mieniu powierzonym Ubezpieczonemu z obowiązkiem zwrotu albo wyliczenia się	20.000 zł	30.000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA	20 zł	23 zł

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany wariant ubezpieczenia

III. Ubezpieczenie odpowiedzialności materialnej pracowników cywilnych Policji

Zakres Ubezpieczenia	Suma gwarancyjna		
	<input type="checkbox"/> WARIANT I	<input type="checkbox"/> WARIANT II	<input type="checkbox"/> WARIANT III
- odpowiedzialność materialna Ubezpieczonego za szkody powstałe wskutek niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków pracowniczych	15.000 zł	20.000 zł	30.000 zł
- odpowiedzialność materialna Ubezpieczonego za szkody powstałe w mieniu powierzonym Ubezpieczonemu z obowiązkiem zwrotu albo wyliczenia się	15.000 zł	15.000 zł	15.000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA	11 zł	12 zł	15 zł

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany wariant ubezpieczenia

IV. Ubezpieczenie ochrony prawnej w zakresie dotyczącym czynów popełnionych przy wykonywaniu obowiązków służbowych lub pracowniczych

Zakres Ubezpieczenia	Suma gwarancyjna		
	<input checked="" type="checkbox"/> WARIANT I	<input type="checkbox"/> WARIANT II	<input type="checkbox"/> WARIANT III
koszty ochrony prawnej poniesione przez Ubezpieczonego w celu ochrony jego praw, w zakresie przewidzianym w obowiązujących przepisach	30.000 zł	50.000 zł	70.000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA	5 zł	8 zł	12 zł

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany wariant ubezpieczenia

V. Ubezpieczenie na wypadek zawieszenia w czynnościach służbowych

Zakres Ubezpieczenia	Suma gwarancyjna		
	<input type="checkbox"/> WARIANT I	<input checked="" type="checkbox"/> WARIANT II	<input type="checkbox"/> WARIANT III
utrata uposażenia na skutek zawieszenia ubezpieczonego w czynnościach służbowych	20.000 zł	30.000 zł	50.000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA	2 zł	3 zł	5 zł

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany wariant ubezpieczenia

VI. Ubezpieczenie odpowiedzialności majątkowej funkcjonariusza publicznego za rażące naruszenie prawa

Zakres Ubezpieczenia	Suma gwarancyjna		
	<input type="checkbox"/> WARIANT I	<input type="checkbox"/> WARIANT II	<input type="checkbox"/> WARIANT III
odpowiedzialność majątkowa funkcjonariuszy publicznych za rażące naruszenie prawa	25.000 zł	50.000 zł	100.000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA	3 zł	5 zł	7 zł

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany wariant ubezpieczenia

VII. Ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków OPTIMA

Dane ubezpieczonych członków rodziny*

Imię i Nazwisko

A	N	N	A		N	O	W	A	K										

PESEL

0	4	2	4	1	3	0	4	5	2	3

* Ubezpieczeniem NNW mogą być objęci członkowie rodziny, pod warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia NNW funkcjonariusza lub pracownika cywilnego policji

Zakres ubezpieczenia następstwa nieszczęśliwych wypadków, ochrona całodobowa na terytorium całego świata	Suma ubezpieczenia					
	<input checked="" type="checkbox"/> Wariant I SU 30 000 zł	<input type="checkbox"/> Wariant II SU 50 000 zł	<input type="checkbox"/> Wariant III SU 70 000 zł	<input type="checkbox"/> Wariant IV SU 30 000 zł	<input type="checkbox"/> Wariant V SU 50 000 zł	<input type="checkbox"/> Wariant VI SU 70 000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBE	5,00 zł	8,50 zł	20,00 zł	12,00 zł	15,00 zł	25,00 zł
OPCJONALNIE za opłatą dodatkowej składki możliwe jest wykupienie przy każdym wariantcie ASSISTANCE						<input checked="" type="checkbox"/>
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBE	1,00 zł	1,00 zł	1,00 zł	1,00 zł	1,00 zł	1,00 zł

Proszę zaznaczyć krzyżykiem wybrany wariant ubezpieczenia

Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenie Ubezpieczonego:

Upoważniam Pracodawcę (Ubezpieczającego) do potrącania składki ubezpieczeniowej za ubezpieczenie na podstawie niniejszej deklaracji z mojego wynagrodzenia za pracę w łącznej wysokości 40 zł miesięcznie.

0	5	0	1	2	0	1	6
Dzień		Miesiąc		Rok			

Piotr Nowak
Czytelny podpis Ubezpieczonego

Oświadczam, że:

1. Potwierdzam, że przed podjęciem decyzji o przystąpieniu do ubezpieczenia otrzymałem/am i zapoznałem/am się z OWU i Warunkami Ubezpieczenia w szczególności w zakresie postanowień ograniczających lub wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy gwarancyjnej i składki.
2. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest Gothaer TU S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 22A. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawie. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia.
3. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez KDB Brokerzy Ubezpieczeniowi Sp. z o.o. oraz MERYDIAN Brokerski Dom Ubezpieczeniowy S.A. zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2014 r, poza. 1182 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celach związanych z realizacją i obsługą umów ubezpieczenia zawieranych w Gothaer TU S.A. za pośrednictwem ww. spółek. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz o możliwości ich poprawiania, jak również o prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
4. Wyrażam zgodę ☐
Nie wyrażam zgody ☒ na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez Gothaer TU S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Wołoskiej 22A po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
5. W celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych podmiotowi wykonującemu czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz Gothaer TU S.A. zgodnie z art. 3 ust 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
6. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.
7. Zwalniam lekarzy sprawujących nade mną opiekę medyczną z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej w zakresie niezbędnym do prawidłowej likwidacji szkody / uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez mnie danych o stanie mojego zdrowia i wyrażam zgodę na udostępnienie Gothaer TU S.A. dokumentacji z mojego leczenia (dotyczy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków).

Kraków	0	5	0	1	2	0	1	6	Piotr Nowak
Miejscowość	Dzień		Miesiąc		Rok			Czytelny podpis Ubezpieczonego	