POLISA UBEZPIECZENIA PZU EDUKACJA
UBEZPIECZENIE OC NAUCZYCIELI, WYCHOWAWCÓW I OPIEKUNÓW
Nr 1050947854

1 **Okres ubezpieczenia:** od **23.06.2020** do **22.06.2021**

2 **Ubezpieczający: "RAFIK" MARCIN JÓŹWIAK**
Adres siedziby: WSCHODNIA 25H m. 79, 62-030 LUBOŃ REGON: 366045097
E-mail: marcin_jozwiak@o2.pl Telefon: +48728457887

3 **Ubezpieczony: MARCIN JÓŹWIAK**
Adres zamieszkania: WSCHODNIA 25H m. 79, 62-030 LUBOŃ REGON: 366045097
E-mail: marcin_jozwiak@o2.pl Telefon: +48728457887

4 **Zakres ubezpieczenia dla Ubezpieczonego**

Ubezpieczenie OC nauczycieli, wychowawców i opiekunów	**Składka: 214,00 PLN**
OC Nauczycieli, wychowawców i opiekunów	
Suma gwarancyjna	200 000 PLN

5 **Składka łączna: 214,00 PLN**
Składka za OC nauczycieli, wychowawców i opiekunów: 214,00 PLN

	Jednorazowo
Kwota w złotych	214,00
Termin płatności	06.07.2020

6 **Numer rachunku bankowego do zapłaty składki**
78 1240 6960 3014 0110 2618 4369
W tytule przelewu prosimy wpisać: Nr 1050947854

7 **Warunki ubezpieczenia**
1. Do umowy ubezpieczenia mają zastosowanie ogólne warunki ubezpieczeń OC nauczycieli, wychowawców i opiekunów ustalone przez Zarząd PZU SA uchwałą nr UZ/429/2016 z dnia 24 października 2016 r. ze zmianami ustalonymi uchwałą nr UZ/215/2018 z dnia 6 lipca 2018 r.

8 **Postanowienia dodatkowe lub odmienne**
Postanowienia dodatkowe do umowy/ów ubezpieczenia stwierdzonych niniejszą Polisą
1. Do OWU mających zastosowanie do niniejszej umowy ubezpieczenia / umowy ubezpieczenia obowiązkowego wprowadza się postanowienie dodatkowe w brzmieniu:
Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozpatrywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla PZU SA do pozasądowego rozpatrywania sporów, jest Rzecznik Finansowy, którego adres strony internetowej jest następujący: www.rf.gov.pl.
2. W umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu OWU, które mają zastosowanie do tej umowy ubezpieczenia, na piśmie lub za zgodą Ubezpieczonego na innym trwałym nośniku. W przypadku umowy ubezpieczenia, w której okres ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się później niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, OWU powinny być doręczone Ubezpieczonemu przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową. Przekazanie OWU na trwałym nośniku, wymaga uprzedniej zgody Ubezpieczonego. Na żądanie PZU SA Ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić dowód wykonania tej powinności.

9 **Oświadczenia**
1. Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymałem/am ogólne warunki ubezpieczenia OC nauczycieli, wychowawców i opiekunów oraz Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
2. ☑ * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust.1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU SA 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, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
3. ☑ * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
4. ☑ * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
5. Oświadczam, że otrzymałam/em informację o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja o Administratorze danych osobowych.
6. ☑ * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
7. ☑ * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
8. W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

* ☑ w polu oznacza zgodę w sekcji Oświadczenia

Pełne nazwy spółek:
PZU SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Życie SA - Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PTE PZU SA - Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; TFI PZU SA - Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Pomoc SA - PZU Pomoc Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa; PZU Zdrowie SA - PZU Zdrowie Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; PZU CO SA - PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna, ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa; Link4 TU SA - Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa; PEKAO SA - Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa; Alior Bank SA - Alior Bank Spółka Akcyjna, ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa; TUW PZUW - Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych, ul. Ogrodowa 58, 00-876 Warszawa.

Potwierdzam dane kontaktowe
"RAFIK" MARCIN JÓŹWIAK
E-mail: marcin_jozwiak@o2.pl
Telefon: +48728457887

Dodatkowych informacji udzieli:
Agent Ubezpieczeniowy Lidia Dolata
ul. Ul. 27 Grudnia 31, 62-080 Tarnowo Podgórne
tel.: +48 602199826

Data zawarcia umowy: 22.06.2020 r.

Oświadczam, że niniejsza umowa ubezpieczenia spełnia moje wymagania i potrzeby przy uwzględnieniu wysokości składki jaką jestem skłonny/a zapłacić. Zawieram ją w wyniku mojej świadomej decyzji.

LIDIA DOLATA
Agent PZU S.A.
Damian Gawron
tel. (61) 8146-638, kom. 507 459 165

Podpis ubezpieczającego

"RAFIK" MARCIN JÓŹWIAK		
Ubezpieczający	Podpis ubezpieczającego do polisy	Pieczęć i podpis przedstawiciela PZU SA

801 102 102 lub (or) +48 22 566 55 55 pzu.pl
w przypadku awarii lub wypadku (in case of accident)

DSP/P/1050947854/2580/pc:100000275319901/BE5