



WNIOSEK O UBEZPIECZENIE OD RYZYK CYBERNETYCZNYCH

Cyber Insurance Application

Wniosek powinien być wypełniony przez osoby umocowane do reprezentowania ubezpieczającego. Wszystkie odpowiedzi powinny być sformułowane w sposób jednoznaczny i dokładny. Jeżeli kompletna odpowiedź nie mieści się na formularzu wniosku, prosimy o dokończenie odpowiedzi na oddzielnym arkuszu opatrzonym podpisem i pieczętą osoby reprezentującej ubezpieczającego.

The application should be completed by persons authorized to represent the Policyholder.

All answers should be formulated in an unambiguous and precise manner.

If the complete answer does not fit on the application form, please complete the answer on paper with the signature and stamp of the person representing the Policyholder.

Ubezpieczenie/Insurance Nowe/New Wznowione/Resumed Zmiana polisy nr/Policy change nr

I Dane dotyczące ubezpieczającego/General information about the Applicant

Imię i nazwisko/Nazwa/Name and surname/Account name*

Adres siedziby:
 | HQ address: Ulica/Street Numer domu Numer lokalu
 | House number | Flat

-
 Kod pocztowy Poczta/Post Mięscowość/City
 | Postal code

Telefon/Telephone E-mail

PESEL/Personal ID Number** REGON/National Business Register Number NIP/Tax Registration Number PKD

II Dane dotyczące ubezpieczonego/General information about the Insured

(wypełnić, jeżeli ubezpieczony jest innym podmiotem niż ubezpieczający/ fill in only if other than the Policyholder)

Imię i nazwisko/Nazwa/Name and surname/Account name*

Adres siedziby:
 | HQ address: Ulica/Street Numer domu Numer lokalu
 | House number | Flat

-
 Kod pocztowy Poczta/Post Mięscowość/City
 | Postal code

Telefon/Telephone E-mail

PESEL/Personal ID Number** REGON/National Business Register Number NIP/Tax Registration Number PKD

III Okres ubezpieczenia/Insurance Period

Ubezpieczenie zawierane na 12 miesięcy

od/from - - do/to - -

IV Dane dodatkowe/Additional Information

1. Wygenerowany obrót roczny ze sprzedaży i usług w PLN:
 | Annual revenue generated from sales and services in PLN:

Obrót roczny – suma przychodów ubezpieczonego z tytułu sprzedaży towarów lub świadczonych usług w ramach prowadzonej działalności gospodarczej w roku obrotowym poprzedzającym okres ubezpieczenia. W przypadku podmiotów rozpoczynających działalność gospodarczą należy podać planowany obrót roczny.

2. Wnioskowana suma ubezpieczenia (wybór uzależniony od obrotu rocznego w PLN)/Please select limit of liability (choice depend on annual revenue in PLN):
 Można wybrać do 3 wariantów.

Obrót roczny	Suma ubezpieczenia					
	250 000 PLN	500 000 PLN	1 000 000 PLN	2 000 000 PLN	3 000 000 PLN	5 000 000 PLN
do 1.5 mln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
1.5 mln – 3 mln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-
3 mln – 9 mln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 mln – 15 mln	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 mln – 30 mln	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 mln – 60 mln	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 mln – 100 mln	-	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Czy firma stosuje oprogramowanie antywirusowe w całej sieci?
/Do you run antivirus across your entire network? TAK/ YES NIE/ NO
2. Czy firma stosuje zaporę sieciową (firewall) w całej sieci?
/Do you run firewall protection across your entire network? TAK/ YES NIE/ NO
3. Czy firma tworzy kopię zapasową istotnych danych co najmniej raz na 7 dni?
/Do you back up critical data at least every 7 days? TAK/ YES NIE/ NO
Tworzenie kopii zapasowych istotnych danych, pozwala zapobiec długim zakłóceniom działalności firmy i utracie jej przychodów. Regularne archiwizowanie danych i ich przechowywanie w bezpiecznym miejscu, daje pewność, że jeśli komputery zostaną zainfekowane, to zarchiwizowane dane da się bezpiecznie odzyskać. Istotnymi danymi dla Twojej działalności mogą być bazy danych, pliki i dokumenty firmowe wykorzystywane w bieżącej pracy, listy elektroniczne (e-mail), raporty, zestawienia, analizy, prezentacje i inne.
4. Czy firma doznała wyłączenia zasilania trwającego ponad 4 godziny lub jakiegokolwiek naruszenia, ataku przy użyciu wirusa lub złośliwego kodu w ciągu ostatnich 24 miesięcy? Jeżeli tak, podaj na oddzielnym arkuszu szczegółowe informacje o tym zdarzeniu, a także o tym, jaka była szkoda całkowita Twojej firmy (czyli ile kosztowała naprawa i jaki potencjalny zysk firma straciła z powodu przerwy w swoim działaniu).
/Have you suffered any outage of more than 4 hours or any systems intrusion, virus, malicious code attack in the last 24 months? If yes, please add full details on a separate sheet. TAK/ YES NIE/ NO
5. Czy w ciągu ostatnich 36 miesięcy dane wrażliwe lub osobowe, za które firma ponosi prawną odpowiedzialność, były narażone na atak lub zostały utracone? Jeżeli tak, podaj szczegółowe informacje na oddzielnym arkuszu.
/During the last 36 months has any sensitive or personal data for which you are legally liable been compromised or lost? If yes, please add full details on a separate sheet. TAK/ YES NIE/ NO

V Oświadczenia/ Statements

1. Informacja Administratora danych osobowych, o danych kontaktowych administratora, celach i podstawie prawnej przetwarzania danych, okresie ich przechowywania, odbiorcach danych oraz prawach, jakie przysługują podmiotowi danych stanowi załącznik do wniosku.
/Information of the Administrator of personal data, administrator's contact details, purposes and legal basis of data processing, period of storage, recipients of data and rights to which the data subject is entitled constitutes an attachment to the application.
2. 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./I consent to the processing of my personal data by PZU SA in order to provide me with marketing content regarding insurance products and other financial products, when I will not have insurance in this company.
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./I consent to the disclosure of my personal data by PZU SA to entities from the PZU group, i.e. 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 for their own marketing purposes, including profiling aimed at determining preferences or needs in the area of insurance products and other financial products and presenting an appropriate offer.
4. Wyrażam zgodę na przesłanie 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 wnioskową 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 zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
/I consent to the transmission of information and documents, including the GTC and a Insurance Product Information Document as well as information referred to in art. 9 section 1 of the Insurance Distribution Act, which are related to the insurance application or concluded insurance contract with PZU SA via electronic means of communication, including SMS/MMS or e-mail, to the telephone number or e-mail address I have provided. If I change the contact details provided by me, I undertake to update my details in order to receive information via electronic means of communication.
5. 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). /I agree to receive from 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, marketing information via means of electronic communication (e-mail, SMS/MMS).
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 połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR). /I agree to receive from 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 marketing information via voice calls (telephone conversation, Interactive Voice Response (IVR) messages).

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. /To the extent that the basis for the processing of your personal data is consent, you have the right to withdraw it. The consent may be revoked at any time in the branch or by sending an e-mail to the address: kontakt@pzu.pl or a letter to the address of PZU, ul. Postępu 18 a, 02-676 Warsaw. Withdrawal of consent does not affect the legality of the personal data processing carried out on the basis of consent before its withdrawal.

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Miejscowość/ City

- -
Data/ Date

Pieczęć i podpis ubezpieczającego/ Stamp and signature of the Policyholder

Na podstawie art. 815 k.c. podanie informacji wymaganych do zawarcia umowy ubezpieczenia jest obowiązkowe.
Based on Article. 815 k.c. providing the information required to conclude the insurance contract is mandatory.

* niepotrzebne skreślić/delete as appropriate ** dotyczy tylko osób fizycznych/ concerns only natural person *** właściwie zaznaczyć symbolem X/ please tick X as appropriate