

000000000

Nr wniosku / Polisy

Nr rachunku udziałów

Kod warunków

Kod jednostki PZU Życie SA



INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANE GRUPOWE UBEZPIECZENIE EMERYTALNE POGODNA JESIEŃ WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

Pieczęć jednostki PZU Życie SA
Pieczęć PZU Centrum Operacji SA

I Dane dotyczące ubezpieczonego / ubezpieczającego

Pan Pani

Nazwisko

Imię

Obywatelstwo polskie inne

Kraj stałego zamieszkania¹

PESEL

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Kraj urodzenia

TIN (numer identyfikacji podatkowej w USA)

Rezydencja podatkowa FATCA USA

Posiadam polską rezydencję podatkową:

TAK NIE

Posiadam rezydencję podatkową inną niż USA i Polska:

TAK NIE

(Jeśli TAK – dane jednej z trzech rezydencji poniżej wymagane do wypełnienia oraz numer identyfikacji podatkowej. Jeśli NIE – pola z rezydencją podatkową są nieobowiązkowe. Jeśli wypełnione pole rezydencji podatkowej to obowiązkowo należy podać TIN, jeśli kraj nadaje numer identyfikacji podatkowej.)

Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Rezydencja podatkowa

TIN (numer identyfikacji podatkowej)

Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Rezydencja podatkowa

TIN (numer identyfikacji podatkowej)

Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Rezydencja podatkowa

TIN (numer identyfikacji podatkowej)

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kraj: Polska inny:

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

II Uposażeni (niniejszym unieważniam wszystkie swoje poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych) w przypadku niewskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia

1. % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Data i miejsce urodzenia / Regon

Adres do korespondencji:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

2. % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Data i miejsce urodzenia / Regon

Adres do korespondencji:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

3. % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Data i miejsce urodzenia / Regon

Adres do korespondencji:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Miejscowość

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

4. % świadczenia
 Imię i Nazwisko / Nazwa
Adres do korespondencji:
 Ulica -

 Poczta
 Miejscowość

III Dane o ubezpieczeniu

Składam wnioszek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJKP42 wraz z ewentualnymi zmianami wynikającymi z umowy ubezpieczenia grupowego, co stanowi realizację moich uprawnień do indywidualnej kontynuacji wynikających z umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego

na podstawie:
 nazwa ubezpieczającego
 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP10 z ewentualnymi zmianami,
 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna, kod warunków PJGP12 z ewentualnymi zmianami,
 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP30 z ewentualnymi zmianami,
 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP31 z ewentualnymi zmianami,
 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP32 z ewentualnymi zmianami,
 ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP33 z ewentualnymi zmianami,
 inne

Część składki zamieniana na udziały jednostkowe w funduszu – 95%, opłata z tytułu alokacji składki – 5%.

Opłata administracyjna – 1,80 zł miesięcznie.

Wysokość opłat likwidacyjnych pobieranych z kwot wykupów całkowitych oraz wykupów częściowych ponad przysługujący ubezpieczonemu coroczny częściowy wykup:

- w pierwszym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 10%,
- w drugim roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 10%,
- w trzecim roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 10%,
- w czwartym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 9%,
- w piątym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 8%,
- w szóstym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 7%,
- w siódmym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 6%,
- w ósmym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 5%,
- w dziewiątym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 4%,
- w dziesiątym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 3%,
- w jedenastym i następnych latach licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 2%.

Wysokość kwoty dodatkowej: 10% wartości rachunku udziałów, z tym że nie więcej niż 10.000 zł

Minimalna wysokość składki:

- 1) jeżeli ubezpieczeniem objętych jest do 50 osób – 600 zł rocznie,
- 2) jeżeli ubezpieczeniem objętych jest powyżej 50 osób – 300 zł rocznie.

Minimalna wartość rachunku udziałów po dokonanych częściowym wykupie: 500 zł.

Powyższe kwoty i opłaty mogą ulegać zmianie na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczeń.

proszę o przekazywanie blankietów opłaty składek drogą pocztową

Składki proszę lokować w następujący fundusz:

Kod funduszu	Nazwa funduszu	Procent lokowanej składki
UWZ03	Stabilna Pogodna Jesień	100%
Razem		100%

IV Oświadczenia

1. Oświadczam, że jestem uprawniony do udostępniania danych osobowych innych osób wymienionych w tym dokumencie.
2. Otrzymałem i zapoznałem/Otrzymałam i zapoznałam się z Dokumentem zawierającym kluczowe informacje o grupowym ubezpieczeniu emerytalnym Pogodna Jesień. Przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że aktualne i archiwalne wersje Dokumentu zawierającego kluczowe informacje dostępne są na stronie pzu.pl/produkty/grupowe-ubezpieczenie-emerytalne-pogodna-jesien (zakładka KID). Zostałem poinformowany/Zostałam poinformowana o możliwości otrzymania nieodpłatnie, na żądanie, aktualnej wersji Dokumentu zawierającego kluczowe informacje w formie papierowej.
3. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym obejmujących: przyczynę hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia i rokowania, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci.
4. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA w celu wykonania umowy ubezpieczenia moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia przekazanych przede mną PZU Życie SA w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a także zawartych w informacjach przekazanych PZU Życie SA przez placówki medyczne lub lekarzy.**
 Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu zawarcia i realizacji umowy.
5. * Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
6. * Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU 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.
7. * Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PZU 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).
8. * Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU Życie 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.
9. * Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844).

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 PZU 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.

10. Oświadczam, że:
 - jestem podatnikiem USA²,
 - nie jestem podatnikiem USA².
 Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o konieczności aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA³ w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia. Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o obowiązku przekazania przez PZU Życie SA do Ministerstwa Finansów danych dotyczących:
 - podatników USA²,
 - osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę PZU Życie SA, nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA².
 Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o obowiązku przekazania przez PZU Życie SA do Ministerstwa Finansów / polskich organów podatkowych, w celu przekazania właściwemu organowi państwa uczestniczącego³, danych dotyczących osób będących rezydentami w państwie uczestniczącym na podstawie prawa podatkowego tego państwa uczestniczącego. Oświadczenie gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków PZU Życie SA dotyczących identyfikacji klientów będących podatnikami Stanów Zjednoczonych Ameryki wynikających z Ustawy o wykonywaniu Umowy pomiędzy Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA a także na potrzeby realizacji obowiązków nałożonych na PZU Życie SA przez przepisy CRS dotyczących identyfikacji rezydencji podatkowych klientów. Klient ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia.
11. Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA² w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia.
12. Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o prawie odstąpienia od umowy w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy.
13. Oświadczam oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

* W przypadku zgody proszę wstawić X w pole

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
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	Powszechne 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 Data Podpis ubezpieczonego

V Potwierdzenie otrzymania owu i karty produktu

Otrzymałam/Otrzymałam i zapoznałam/zapoznałam się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia.

Potwierdzam, że otrzymałam/otrzymałam Kartę Produktu.

- -

Data Podpis ubezpieczonego

Dane jednostki obsługującej ubezpieczenie PZU Centrum Operacji SA, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń dostępne jest do wglądu na stronie pzu.pl w części dotyczącej relacji inwestorskich.

VI Wypełnia PZU Życie SA

Data wpływu do PZU Centrum Operacji SA - - NIK pracownika przyjmującego wniosek

Data wpływu do jednostki PZU Życie SA - - NIK pracownika przyjmującego wniosek

Sprawdzono pod względem formalnym.

- -

Data Pieczęćka i podpis pracownika PZU Życie SA

Wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia został zaakceptowany na wycenę z dnia: - - Nr wyceny

Wniosek kwalifikuje się do odmowy z powodu:

- -

Data Pieczęćka i podpis pracownika PZU Centrum Operacji SA

² Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa),
- 2) uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta),
- 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA,
- 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
 - 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 - 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 - 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu).

³ Przez państwo uczestniczące rozumie się:

- a) inne, niż Rzeczpospolita Polska państwo członkowskie Unii Europejskiej,
 - b) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium, z którym Rzeczpospolita Polska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowych,
 - c) inne niż Stany Zjednoczone Ameryki państwo lub terytorium wymienione w wykazie opublikowanym przez Komisję Europejską, z którym Unia Europejska zawarła porozumienie stanowiące podstawę do automatycznej wymiany informacji o rachunkach raportowanych.
- Listę państw uczestniczących, o których mowa w lit. b-c, określa Minister Finansów w drodze obwieszczenia do 15 października każdego roku kalendarzowego.