

000000000

Nr wniosku / Polisy

Nr rachunku udziałów

Kod warunków

D P I O 1 0 0

Kod postanowień odmiennych

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 ImięPESEL Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) Miejsce urodzenia Kraj Polska Inny – jaki Obywatelstwo 1 Obywatelstwo 2 Rodzaj dokumentu tożsamości Seria i numer dokumentu tożsamości Data wydania dokumentu tożsamości Data ważności dokumentu tożsamości BezterminowyKraj zamieszkania TAK NIE TIN (numer identyfikacji podatkowej w USA) TAK NIE Rezydencja podatkowa FATCA USAPosiadam polską rezydencję podatkową: TAK NIEPosiadam 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.)

Rezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TINRezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TINRezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TINRezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TINRezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TINRezydencja podatkowa TIN (numer identyfikacji podatkowej) Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Oświadczam, że moim urzędem skarbowym właściwym do rozliczeń zobowiązań podatkowych zgodnie z miejscem zamieszkania jest:

Nazwa i adres urzędu skarbowego właściwego w sprawach opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o konieczności aktualizacji oświadczenia o właściwym urzędzie skarbowym do rozliczeń zobowiązań podatkowych.

Adres do korespondencji: Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość - Kod pocztowy Poczta Kraj: Polska inny: 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. % świadczeniaImię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon **Adres do korespondencji:** - Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Poczta Miejscowość 2. % świadczeniaImię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon **Adres do korespondencji:** - Ulica Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy Poczta Miejscowość 3. % świadczeniaImię i Nazwisko / Nazwa Data i miejsce urodzenia / Regon

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Adres do korespondencji:
Ulica

Pocztowa

-
Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy

Miejscowość

4.
Imię i Nazwisko / Nazwa

% świadczenia
Data i miejsce urodzenia / Regon

Adres do korespondencji:
Ulica

Pocztowa

-
Numer domu Numer lokalu Kod pocztowy

Miejscowość

III Dane o ubezpieczeniu

Składam wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJKP42 oraz postanowień odmiennych (kod DPI0100) od ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod 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 Jesień, 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%.

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

Minimalna wysokość składki: 600 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

- Oświadczam, że jestem uprawniony do udostępniania danych osobowych innych osób wymienionych w tym dokumencie.
- 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.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia określonych w art. 38 ust 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i wyrażam zgodę na jej udostępnienie PZU Życie SA. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.
Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawnione do występowania o w/w informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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 uaktualnić moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

- Wyrażam zgodę na udostępnienie 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.

9. Oświadczam, że:

- jestem podatnikiem USA¹,
 nie jestem podatnikiem USA¹.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o konieczności 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. Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o obowiązku przekazania przez PZU Życie SA do Ministerstwa Finansów danych dotyczących:

- podatników USA¹,
- 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 USA¹.

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.

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

- Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA¹ 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 prawie odstąpienia od umowy w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy a gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, od daty jej zawarcia.
- Oświadczam oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

* W przypadku zgody proszę wstawić X w pole

Miejscowość

- -
Data

Podpis ubezpieczonego

V Potwierdzenie otrzymania owu, karty produktu oraz postanowień odmiennych

- Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia
- Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z treścią postanowień odmiennych, kod DPI0100
- Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z Kartą Produktu.

DD - MM - RRRR

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 DD - MM - RRRR

NIK pracownika przyjmującego wniosek

Data wpływu do jednostki PZU Życie SA DD - MM - RRRR

NIK pracownika przyjmującego wniosek

Sprawdzono pod względem formalnym.

DD - MM - RRRR

Data

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

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

Wniosek kwalifikuje się do odmowy z powodu:

DD - MM - RRRR

Data

Pieczętka i podpis pracownika PZU Centrum Operacji SA

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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. Żubra 1, 01-066 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

¹ 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).

² 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.