



Pieczęć wpływu do placówki przyjmującej zgłoszenie

## Zgłoszenie zmian w umowie

**i** Proszę wypełnić wniosek dużymi drukowanymi literami

### I Dane umowy (zmiana dotyczy wyłącznie jednej umowy)

Nazwa ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
Nr umowy \_\_\_\_\_ Nr rachunku udziałów (dotyczy ubezpieczeń z funduszem) \_\_\_\_\_

### II Zakres zmian

#### Zmiana danych osobowo-adresowych

- ☐ zmiana danych osobowych
- ☐ zmiana danych teleadresowych
- ☐ zmiana rachunku bankowego
- ☐ zmiana ubezpieczającego
- ☐ zmiana uposażonych/pełnomocnika
- ☐ zmiana statusu podatnika USA
- ☐ zmiana rezydencji podatkowej CRS

#### Zmiana warunków umowy

- ☐ zmiana częstotliwości opłacania składki
- ☐ zawieszenie opłacania składek
- ☐ skrócenie okresu ubezpieczenia
- ☐ zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe
- ☐ zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych

#### Określenie kogo dotyczy zmiana

- ☐ ubezpieczającego
- ☐ ubezpieczonego (gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)
- ☐ oszczędzającego
- ☐ pełnomocnika
- ☐ uposażonego

### III Dane zgłaszającego

Nazwisko/Nazwa \_\_\_\_\_  
Pierwsze imię \_\_\_\_\_ Drugie imię \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL/Regon \_\_\_\_\_  
Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_

### IV Aktualne dane

Nazwisko/Nazwa \_\_\_\_\_  
Pierwsze imię \_\_\_\_\_ Drugie imię \_\_\_\_\_  
Data urodzenia \_\_\_\_\_ PESEL/Regon \_\_\_\_\_  
Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia \_\_\_\_\_  
Rodzaj dokumentu tożsamości ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inne \_\_\_\_\_  
Data wydania dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
Data ważności dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_ ☐ bezterminowy  
Seria i numer dokumentu tożsamości \_\_\_\_\_  
Obywatelstwo ☐ polskie inne \_\_\_\_\_ Obywatelstwo 2 ☐ polskie inne \_\_\_\_\_  
NIP \_\_\_\_\_ Forma organizacyjna \_\_\_\_\_  
Państwo rejestracji \_\_\_\_\_ Rejestr handlowy \_\_\_\_\_  
Rodzaj działalności gospodarczej \_\_\_\_\_

### V Adres do korespondencji

☐ Zmiana

Miejscowość \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_



IX Zawieszenie opłacania składek – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

od dnia - , liczba miesięcy (maksymalnie 6 miesięcy)

X Skrócenie okresu ubezpieczenia – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

Jeżeli ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, wymagana jest zgoda ubezpieczonego na zmianę – prosimy o wypełnienie pkt. 8 w części XV formularza.

o 1 rok o 2 lata o 3 lata o 4 lata o 5 lat

XI Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe – dotyczy indywidualnych ubezpieczeń kapitałowych

Jeżeli ubezpieczający jest inną osobą niż ubezpieczony, wymagana jest zgoda ubezpieczonego na zmianę – prosimy o wypełnienie pkt. 9 w części XV formularza

od dnia -

XII Zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych – dotyczy ubezpieczeń indywidualnych kapitałowo-ochronnych

Wnoszę o zawarcie następującej umowy/następujących umów ubezpieczeń dodatkowych.  
(W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego NW, WK, TU, CC, UZ, MS, US, LZ należy zawsze załączyć wypełnioną Ankietę medyczną.)

| Ubezpie-<br>czenie do-<br>datkowe | Składka | Zawar-<br>cie | Wypo-<br>wie-<br>dzenie | Odstą-<br>pienie | Zmiana<br>warun-<br>ków | Wariant<br>ubezpieczenia | Czas trwa-<br>nia umowy | Wysokość<br>świadcze-<br>nia | Okres<br>wypłaty<br>świadczenia | Suma ubezpieczenia |
|-----------------------------------|---------|---------------|-------------------------|------------------|-------------------------|--------------------------|-------------------------|------------------------------|---------------------------------|--------------------|
| NW                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| WK                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| ZK                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| OP                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| CC                                | , zł    |               |                         |                  |                         | Standard<br>Premium      |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| LS                                | , zł    |               |                         |                  |                         | I II<br>III IV           |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| UZ                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| MS                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| TU                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| US                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
| LZ                                | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
|                                   | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |
|                                   | , zł    |               |                         |                  |                         |                          |                         |                              |                                 | ,00 zł             |

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

Podpis ubezpieczającego\* 

- Skrócone i pełne nazwy ubezpieczeń dodatkowych:

  - NW** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem
  - WK** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym
  - ZK** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
  - OP** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych
  - CC** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkich chorób
- LS** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego
  - UZ** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie następstw ciężkich chorób
  - MS** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na życie z miesięczną wypłatą świadczenia
  - TU** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem
  - US** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek utraty sprawności w życiu codziennym
  - LZ** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie leczenia za granicą

XIII Dokumenty załączone do zgłoszenia

ankieta medyczna inne (jakie?)

XIV Zmiana oświadczeń dotyczących rezydencji podatkowych

Oświadczam, że: jestem podatnikiem USA\*\* nie jestem podatnikiem USA\*\*

TIN w USA (numer identyfikacji podatkowej) Rezydencja podatkowa FATCA

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.)

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

Rezydencja podatkowa CRS

TIN (numer identyfikacji podatkowej)

☐ Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Rezydencja podatkowa CRS

TIN (numer identyfikacji podatkowej)

☐ Kraj rezydencji nie nadaje TIN

Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o konieczności aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA\*\* 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 USA\*\*,
- 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 USA\*\*.

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 uczestniczącego\*\*\*, 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 odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

## XV Oświadczenia

Wszystkie dane zawarte w tym wniosku oraz załącznikach istotne dla oceny ryzyka są prawdziwe i jestem świadomy/świadoma, że PZU Życie SA może w przypadku stwierdzenia ich nieprawdziwości odmówić wypłaty świadczeń/realizacji usług medycznych określonych w umowie ubezpieczenia na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby dokonać oceny ryzyka i weryfikacji podanych przeze mnie danych o stanie zdrowia, ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadcienniodawców, 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.

### Jako ubezpieczający:

1. Doręczono mi ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy/umów oraz dokument zawierający/dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
3. Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o prawie odstąpienia od umowy w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy.
4. Oświadczam, że w całym okresie ubezpieczenia w umowach dodatkowych, o zawarcie których wnioskuję będę ponosił koszt finansowania składki z własnych środków.

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.

Miejscowość

Data

Podpis ubezpieczającego

Podpis ubezpieczonego/oszczędzającego  
(gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)

## XVI Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia

Data przyjęcia zgłoszenia

NEPU

Nr telefonu osoby przyjmującej zgłoszenie

Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA

\* W przypadku wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego.

\*\* 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).

\*\*\* 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 raportowanych,
- 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.