

Numer polisy PZU Na Życie Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer deklaracji PZU Na Życie Plus

Numer polisy (Wsparcie dla rodziny)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Ochrona dla dziecka)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie po wypadku)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie dla rodziny)

Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji (Wsparcie po wypadku)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (W Razie Wypadku)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)

Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus i pakiety dodatkowe

☐ Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)
- ☐ Pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia, a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

- i** 1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami 2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach 3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Imię _____

Nazwisko _____

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL _____
(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Kraj stałego zamieszkania _____
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

i Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail _____ Nr telefonu _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki: _____

Wariant ubezpieczenia

- i** 1. Informacje o wariantach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.
2. Sekcję Twoje zdrowie – usługi medyczne dla współubezpieczonych wypełnia tylko ubezpieczony podstawowy.

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką _____ zł (wariant: _____ jeżeli w ofercie jest kilka wariantów)

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie dla rodziny):

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 5,00 zł	☐ 10,00 zł	☐ 15,00 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Ochrona dla dziecka):

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 10,00 zł	☐ 16,00 zł	☐ 24,00 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie po wypadku):

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 6,00 zł	☐ 10,50 zł	☐ 14,50 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie w razie nowotworu, możliwość wybrania obydwu zakresów):

zakres podstawowy	zakres podstawowy Plus
☐ 12,00 zł	☐ 17,00 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy W Razie Wypadku):

Wariant I	Wariant II
☐ 6,50 zł	☐ 12,00 zł

Wybieram opcje dodatkowe:



Twoje zdrowie – usługi medyczne dla współubezpieczonych

☐ opcja bezpakietowa

☐ pakiet partnerski

☐ pakiet rodzinny



Karta lekowa

☐ dla ubezpieczonego

☐ dla ubezpieczonego podstawowego i współubezpieczonych



Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance

☐ zakres podstawowy

☐ zakres rozszerzony



Asystent w czasie utraty zdrowia

☐ dla ubezpieczonego

Uposażeni



Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1				%
2				%
3				%

RAZEM 100%

Dane partnera życiowego



Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Imię _____

Nazwisko _____

PESEL

Data urodzenia

(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Nazwy i adresy spółek, których nazwy występują w treści zgód marketingowych

Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Informacje

1. Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz 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. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.
2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępnia serwis mojePZU. Po przystąpieniu do (umowy) grupowego ubezpieczenia ubezpieczony otrzyma jednorazowe hasło oraz login do mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Jednorazowe hasło wygasa po 3 dniach od jego otrzymania. Po wygaśnięciu jednorazowego hasła założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Data

Podpis osoby przystępującej 

Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (zakład pracy)

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny – jaki: _____

Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

Data

Pieczętka ubezpieczającego

Podpis i pieczętka albo czytelny podpis osoby obsługującej ubezpieczenie