

Номер поліса PZU Na Życie Plus
(заповнюється особою, яка оформлює страховку)



Номер декларації PZU Na Życie Plus

Номер полісу (Підтримка для сім'ї)
(заповнюється особою, яка оформлює страховку)

Номер полісу (Страховий захист для дитини)
(заповнюється особою, яка оформлює страховку)

Номер полісу (Підтримка у разі діагностування раку – базовий обсяг Plus)
(заповнюється особою, яка оформлює страховку)

Номер декларації (Підтримка для сім'ї)

Номер декларації (Страховий захист для дитини)

Номер декларації (Підтримка у разі діагностування раку – базовий обсяг Plus)

Номер полісу (У разі нещасного випадку)
(заповнюється особою, яка оформлює страховку)

Номер декларації (У разі нещасного випадку)

Групове страхування PZU Na Życie Plus та додаткові пакети

☐ Декларація про приєднання до страхування

Приєднуюсь як:

- ☐ Основна застрахована особа (напр., працівник)
☐ Повнолітня дитина основної застрахованої особи
☐ Чоловік/дружина основної застрахованої особи
☐ Партнер по життю основної застрахованої особи

☐ Декларація про зміну даних

Заповніть розділ Дані особи, яка приєднується до страхування, а в інших розділах лише ті дані, які змінилися.

Терміни в цьому документі мають таке ж значення, як і в Загальних умовах страхування.



1. Заповніть ДРУКОВАНИМИ літерами 2. Поставте підпис в зазначених місцях 3. Введіть дату у форматі ДД-ММ-РРРР

Дані особи, яка приєднується до страхування

Ім'я

Прізвище

Стать: ☐ жіноча ☐ чоловіча

PESEL ☐
(заповніть, якщо маєте)

Дата народження ☐
(заповніть, якщо у вас немає номера PESEL)

Місце народження _____ Громадянство ☐ польське та/або ☐ інші-які: _____
(заповніть, якщо у вас немає номера PESEL)

Країна постійного проживання (заповніть, якщо це _____ не Польща)

Контактні дані особи, яка приєднується до страхування



Якщо ви надасте свою електронну пошту та позначите згоду в кінці документа, ми зможемо відправити інформацію про страхування на вашу скриньку.

Ел. пошта _____ № телефону _____

Вулиця _____ № будинку _____ № квартири _____

Населений пункт _____ Поштовий індекс _____ Поштове відділення _____

Країна: ☐ Польща ☐ інший – який: _____

Варіант страхування



Інформацію про варіанти ви знайдете в пропозиції.

Обираю страховий поліс PZU Na Życie Plus:

Варіант I	Варіант II	Варіант III	Варіант IV	Варіант V	Варіант VI	Варіант VII
☐ 51,00 зл.	☐ 55,00 зл.	☐ 57,00 зл.	☐ 70,00 зл.	☐ 71,00 зл.	.. ☐ 88,00 зл.	: ☐ 89,00 зл.

Обираю страховий поліс PZU Na Życie Plus (Додатковий пакет – Підтримка для сім’ї):

Варіант I	Варіант II	Варіант III
☐ 5,00 зл.	☐ 10,00 зл.	☐ 15,00 зл.

Обираю страховий поліс PZU Na Życie Plus (Додатковий пакет – Страховий захист для дитини):

Варіант I	Варіант II	Варіант III
☐ 10,00 зл.	☐ 16,00 зл.	☐ 24,00 зл.

Обираю страховий поліс PZU Na Życie Plus (Додатковий пакет – «Підтримка у разі діагностування раку»):

базовий обсяг Plus
☐ 17,00 зл.

Обираю страховий поліс PZU Na Życie Plus (Додатковий пакет – У разі нещасного випадку):

Варіант I
: ☐ 12,00 зл.

Я згоден/згодна, що з моєї заробітної плати за виконану роботу, заробітної плати за час хвороби (лікарняних) та виплат по соціальному страхуванню, а також з усіх інших виплат, які повинні бути здійснені роботодавцем, щомісяця буде відраховуватися сума страхової премії, яку я оплачую в рамках обраного мною обсягу страхового покриття. У випадку приєднання до страхування моїх близьких (чоловіка/дружини або партнера по життю, повнолітньої дитини) ця згода поширюється також на страхові премії, що підлягають сплаті за надане їм страхове покриття.

Уповноважені особи



Введіть дані осіб, які отримають страхову виплату після вашої смерті. Якщо ви цього не зробите, ми виплатимо їх особам, що зазначені в Загальних умовах страхування. Якщо ви заповнюєте декларацію про зміну даних, вкажіть усіх осіб, яких ви бажаєте зазначити, як уповноважених (навіть якщо, напр., змінюється лише одна з двох осіб, зазначених у попередній декларації).

№ з. п.	Прізвище та ім'я / Назва суб'єкта	PESEL – якщо уповноважена особа має / REGON суб'єкта	Дата і місце народження – якщо уповноважена особа немає номера PESEL	% страхової виплати
1				%
2				%
3				%
				РАЗОМ: 100%

Дані партнера по життю



Заповніть, якщо ви не перебуваєте у шлюбі, але маєте партнера по життю. Таким чином, ваш партнер буде розглядатися як чоловік/дружина, напр.: ви отримаєте страхову виплату після смерті його батьків (якщо така виплата включена у ваш обсяг страхування).

Ім'я

Прізвище

PESEL

Дата народження

(заповнити, якщо партнер по життю має номер PESEL і приєднується до страхування)

(заповнити, якщо партнер по життю не має номера PESEL або не приєднується до страхування)

Місце народження

Громадянство

(заповнити, якщо партнер по життю не має номера PESEL або не приєднується до страхування)

☐ польське та/або ☐ інші-які:

Підтвердження основної застрахованої особи (працівника)



У цьому розділі свої дані вносить працівник (основна застрахована особа) в декларацію дитини, чоловіка/дружини або партнера по життю.

Ім'я

Прізвище

PESEL

Дата реєстрації шлюбу (стосується чоловіка/дружини)

Дата

Підпис основної застрахованої особи (працівника)

Заяви особи, яка приєднується до страхування

Заяви та дозволи, які нам потрібні, щоб застрахувати вас

1А. Я прошу надати мені страховий захист на страхову суму та на умовах, зазначених у договорі, який мені було надано до приєднання до страхування (заява стосується осіб, які приєднуються до групового страхування «PZU Na Życie Plus», додаткового пакету «Підтримка для сім'ї», «Захист для дитини», «У разі нещасного випадку»).

1В. Хочу отримати страхування на страхову суму та на умовах, зазначених у договорі, які були надані мені перед початком процесу страхування. Окрім того, заявляю, що мені зрозумілий зміст зміни варіанту страхування, який відбувається в день річниці дії страхового полісу, що настає після досягнення мною віку, зазначеного в даному варіанті страхування, я приймаю зміну варіанту страхування після досягнення мною зазначеного віку відповідно до змісту акцептованої Страхувальником пропозиції, яку я отримав перед приєднанням до страхування (заява стосується осіб, які приєднуються до додаткового пакету «Підтримка у разі діагностування раку – базовий обсяг», «Підтримка у разі діагностування раку – базовий обсяг Plus»).

2. Я надаю згоду на те, щоб PZU Życie SA запитувало у суб'єктів, які здійснюють медичну діяльність у розумінні положень про медичну діяльність, які надавали мені або моїм неповнолітнім дітям медичні послуги, інформацію про стан мого здоров'я та стан здоров'я моїх неповнолітніх дітей, як це визначено в ст. 38 абз. 2 закону «Про страхову та перестраховальну діяльність», тобто про: причини госпіталізації та амбулаторного лікування, проведені діагностичні обстеження та їх результати (за винятком генетичних експертиз), інші надані медичні послуги, результати лікування та результати проведеного розтину, якщо такий здійснювався. Окрім того уповноважую PZU Życie SA звертатися до вищезазначених суб'єктів з проханням надати PZU Życie SA копії моєї медичної документації та медичної документації моїх неповнолітніх дітей. Я надаю згоду на те, що PZU Życie SA може запросити у Національного фонду охорони здоров'я дані про імена та адреси постачальників медичних послуг, які надали мені або моїм неповнолітнім дітям медичні послуги у зв'язку з настанням страхового випадку. Вищевказані дозволи та повноваження призначені для того, щоб дозволити PZU Życie SA визначити свою відповідальність та розмір страхової виплати у зв'язку з настанням страхового випадку. На підставі вищезазначених згод та дозволів PZU Życie SA уповноважена особа має право вимагати вищезазначену інформацію, дані та медичну документацію також після моєї смерті або після смерті моїх неповнолітніх дітей.

3. У день підписання декларації про приєднання я не перебуваю на лікарняному, в лікарні, хоспісі, установі для хронічно хворих, не прохожу реабілітацію, а також мене не визнано неприцездатним чи, постановою компетентного органу, непридатним до служби.

4. Додаткова заява, яка стосується стану здоров'я, надана ЧОЛОВІКОМ/ДРУЖИНОЮ, ПАРТНЕРОМ ПО ЖИТТЮ І ПОВНОЛІТНЬОЮ ДИТИНОЮ, які безпосередньо перед оформленням страхового полісу:

1) не були охоплені іншим груповим страхуванням життя в PZU Życie SA, або

2) були охоплені таким страховим покриттям менше 12 місяців, або

3) були охоплені таким страховим покриттям не менше 12 місяців, але без збереження безперервності охорони.

(будь ласка, не перекреслюйте і не виправляйте текст у заяві).

Заявляю, що:

а) Ніколи не було діагновано у мене нічого з нижче перерахованих хвороб, і я не знаходжуся в процесі діагностики симптомів будь-якого з них:

- атеросклероз, аневризма аорти, тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз венозної, ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарда, клапанний порок серця, фібриляція передсердь;
- порушення мозкового кровообігу, що мінають, внутрішньочерепний крововилив, інсульт, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз, епілепсія,
- хронічна обструктивна хвороба легень,
- хронічна ниркова недостатність,
- алкогольна хвороба печінки, токсичне пошкодження печінки, печінкова недостатність, хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний панкреатит,
- цукровий діабет (виключаючи гестаційний діабет), ревматоїдний артрит, ВІЛ-інфекція,

б) За останні 10 років у мене не було діагновано жодної злоякісної пухлини, також я не знаходжуся в процесі діагностики симптомів захворювання злоякісної пухлини.

в) За останні 10 років я не був реципієнтом трансплантації печінки, серця, нирки, легенів, кісткового мозку, і я не очікую такої трансплантації.

УВАГА! Якщо у вашому випадку вищевикладене твердження в будь-якому пункті не відповідає дійсності, і ви все одно приєдналися до страхування, PZU Życie SA, відповідно до ст. 815 Цивільного кодексу, компанія може відмовити вам у наданні послуг.

5. Заявляю, що я ознайомився/-лася з інформацією про обробку моїх персональних даних, що міститься в наданому мені документі Інформація Адміністратора персональних даних (PZU Życie SA).

Маркетингові дозволи

ПОДИВІТЬСЯ, ЩО ВИ ОТРИМУЄТЕ: Доступ до спеціальних пропозицій, знижок та акцій усіх продуктів Групи PZU.	☐	Поставте X у полях нижче, якщо ви згодні.
Ви будете отримувати спеціальні пропозиції, знижки та акції щодо наших страхових полісів по електронній пошті або SMS/MMS.	☐	6. Погоджуюся на передачу PZU Życie SA моїх персональних даних суб'єктам з Групи PZU SA, тобто: 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, для їхніх власних маркетингових цілей, включаючи профілювання, спрямоване на визначення переваг або потреб у обсязі страхових продуктів та інших фінансових продуктів й ознайомлення з відповідними пропозиціями.
Ми зателефонуємо вам, коли у нас будуть для вас привабливі пропозиції, знижки або акції.	☐	7. Погоджуюся отримувати від 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 маркетингову інформацію за посередництвом засобів електронного зв'язку (ел. пошта, SMS/MMS).
Ви дізнаєтесь про цікаві пропозиції навіть після завершення дії договору.	☐	8. Погоджуюся отримувати від 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 маркетингову інформацію за посередництвом голосових викликів (телефонна розмова, голосові повідомлення IVR).
	☐	9. Погоджуюся на обробку моїх персональних даних PZU Życie SA з метою передачі мені маркетингового контенту, який стосується страхових продуктів та інших фінансових продуктів, коли у мене вже не буде страховки в цій компанії.

Спосіб надання документації та інформації про страхування

ПОДИВІТЬСЯ, ЩО ВИ ОТРИМУЄТЕ: Ви отримаєте інформацію про свою страховку електронною поштою або за допомогою SMS/MMS.	☐	Поставте X у полях нижче, якщо ви згодні.
	☐	10. Я надаю згоду на відправку інформації та документів, в тому числі згідно із Загальними умовами страхування, а також документу, який містить інформацію про продукт, а та інформацію, про яку йдеться в ст. 9 абз. 1 закону «Про дистрибуцію страхування», яка має відношення до запитаного або укладеного договору страхування в PZU Życie SA, що здійснюється за посередництвом засобів електронного зв'язку, включаючи повідомлення SMS/MMS або ел. пошту, на вказаний мною номер телефону або адресу ел. пошти. У разі зміни наданої мною контактної інформації, зобов'язуюся оновлювати мої дані, дякуючи яким отримуватиму інформацію через засоби електронного зв'язку.

Назви та адреси компаній, назви яких вказані в змісті маркетингових дозволів

Скорочена назва компанії	Повна назва компанії	Адреса місцезнаходження
PZU SA	Акціонерне товариство «Загальна страхова компанія» (Повшехні Заклад Убезпечень Сполечних Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
PZU Życie SA	Акціонерне товариство «Загальна страхова компанія життя» (Повшехні Заклад Убезпечень Сполечних на Жиче Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
PTE PZU SA	Акціонерне товариство «Загальна пенсійне товариство ПЗУ» (Повшехні Товариство Емеритальне ПЗУ Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
TFI PZU SA	Акціонерне товариство «Товариство Інвестиційних фондів ПЗУ» (Товариство Фондуши Інвестиційних ПЗУ Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
PZU Pomoc SA	Акціонерне товариство «ПЗУ Допомога» (ПЗУ Помоц Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
PZU Zdrowie SA	Акціонерне товариство «ПЗУ Здоров'я» (ПЗУ Здрове Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
PZU CO SA	Акціонерне товариство «ПЗУ Операційний центр» (ПЗУ Центрум Операцій Співка Акційна)	Рондо Ігнацега Дашиньського 4, 00-843 м. Варшава
Link4 TU SA	Акціонерне товариство «ЛІНК4 Страхова компанія» (ЛІНК4 Товариство Убезпеченьове Співка Акційна)	вул. Постемпу, 15, 02-676 м. Варшава.
PEKAO SA	Акціонерне товариство Банк «Польська Каса Олекі» (Банк Польска Каса Олекі Співка Акційна)	вул. Жубра 1, 01-066 м. Варшава
Alior Bank SA	Акціонерне товариство «Аліор Банк» (Аліор Банк Співка Акційна)	вул. Лопушанська 38Д, 02-232 м. Варшава

Інформація

1. Ви маєте право відкликати свою згоду на обробку персональних даних в тій мірі, в якій це стосується вашої згоди. Згода може бути відкликана вами в будь-який час у філії або надіслана ел. поштою на адресу: kontakt@pzu.pl або листом на адресу: PZU, вул. Постемпу, 18а, 02-676 м. Варшава. Згідно із законом ми можемо обробляти ваші дані до тих пір, поки ваша згода не буде відкликана.
2. PZU Życie SA, щоб застрахована особа могла віддалено виконувати дії, пов'язані з договором страхування, надає послугу mojePZU. Після приєднання до (договору) групового страхування застрахований отримає одноразовий пароль і логін для mojePZU. Користуватися сервісом mojePZU можна після входу в систему та прийняття застрахованою особою Правил mojePZU. Термін дії одноразового пароля закінчується через 3 дні після отримання. Після закінчення терміну дії одноразового пароля створення облікового запису на mojePZU можливе на умовах, описаних на сайті <https://moje.pzu.pl>. Користуватися mojePZU можна на добровільних засадах і безоплатно.

Дата

Підпис особи, яка приєднується



Інформація про працевлаштування – заповнюється страхувальником (підприємство)

Тип правовідносин, що пов'язують основну застраховану особу зі страхувальником:

☐ трудовий договір ☐ договір на виконання робіт ☐ трудовий контракт ☐ інший – який:

Основна застрахована особа залишається у правових відносинах зі страхувальником з

Дата

Печатка страхувальника

Підпис і печатка або розбірливий підпис особи, яка обслуговує страховку