

Номер полиса PZU Na Życie Plus  
(заполняет лицо, обслуживающее страховку)



Номер декларации PZU Na Życie Plus

Номер полиса («Поддержка семьи»)  
(заполняет лицо, обслуживающее страховку)

Номер полиса («Защита ребенка»)  
(заполняет лицо, обслуживающее страховку)

Номер полиса («Поддержка в случае  
диагностирования рака – основной  
диапазон Plus»)  
(заполняет лицо, обслуживающее страховку)

Номер декларации («Поддержка семьи»)

Номер декларации («Защита ребенка»)

Номер декларации («Поддержка в случае  
диагностирования рака – основной диапазон Plus»)

Номер полиса («При несчастном случае»)  
(заполняет лицо, обслуживающее страховку)

Номер декларации («При несчастном случае»)

## Групповое страхование PZU Na Życie Plus и дополнительные пакеты

### Декларация о присоединении к страхованию

Присоединяюсь в качестве:

- Основного застрахованного лица (например,
- Совершеннолетний ребенок основного застрахованного лица
- Супруг основного застрахованного лица
- Спутник жизни основного застрахованного лица

### Декларация об изменении данных

Заполните раздел Данные лица, которое присоединяется к страхованию, а в остальных разделах только те данные, которые изменились.

Термины в этом документе имеют такое же значение, как и в общих условиях страхования.



1. Заполните ЗАГЛАВНЫМИ буквами
2. Подпишите в отмеченных местах
3. Введите дату в формате ДД-ММ-ГГГГ

### Данные лица, которое присоединяется к страхованию

Имя

Фамилия

Пол:  Женский  Мужской

PESEL  
(заполните, если у вас есть)

Дата рождения  
(заполните, если у вас нет номера PESEL)

Место рождения \_\_\_\_\_ Гражданство  польское и/или  другие – какие: \_\_\_\_\_

(заполните, если у вас нет номера PESEL)

Страна постоянного проживания

(заполните, если другая страна, нежели Польша)

### Контактная информация лица, которое присоединяется к страхованию



Если вы укажете свою электронную почту и отметите согласие в конце документа, мы сможем отправить информацию о страховании на ваш почтовый ящик.

Эл. почта \_\_\_\_\_ № телефона \_\_\_\_\_

Улица \_\_\_\_\_ № дома \_\_\_\_\_ № квартиры \_\_\_\_\_

Населенный пункт: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_ Почтовое отделение \_\_\_\_\_

Страна  Польша  другая – какая: \_\_\_\_\_

## Вариант страхования

 Информацию о вариантах вы найдете в предложении.

Выбираю страхование PZU Na Życie Plus:

| Вариант I                          | Вариант II                         | Вариант III                        | Вариант IV                         | Вариант V                          | Вариант VI                            | Вариант VII                          |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 51,00 зл. | <input type="checkbox"/> 55,00 зл. | <input type="checkbox"/> 57,00 зл. | <input type="checkbox"/> 70,00 зл. | <input type="checkbox"/> 71,00 зл. | .. <input type="checkbox"/> 88,00 зл. | : <input type="checkbox"/> 89,00 зл. |

Я выбираю страхование PZU Na Życie Plus (дополнительный пакет «Поддержка семьи»):

| Вариант I                         | Вариант II                         | Вариант III                        |
|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5,00 зл. | <input type="checkbox"/> 10,00 зл. | <input type="checkbox"/> 15,00 зл. |

Я выбираю страхование PZU Na Życie Plus (дополнительный пакет «Защита ребенка»):

| Вариант I                          | Вариант II                         | Вариант III                        |
|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10,00 зл. | <input type="checkbox"/> 16,00 зл. | <input type="checkbox"/> 24,00 зл. |

Я выбираю страхование PZU Na Życie Plus (дополнительный пакет «Поддержка в случае диагностирования рака»):

| основной диапазон Plus             |
|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 17,00 зл. |

Я выбираю страхование PZU Na Życie Plus (дополнительный пакет «При несчастном случае»):

| Вариант I                            |
|--------------------------------------|
| : <input type="checkbox"/> 12,00 зл. |

Я согласен/согласна, что из моей заработной платы за выполненную работу, заработной платы за время болезни (больничных) и выплат по социальному страхованию, а также из всех других выплат, которые должны быть осуществлены работодателем, ежемесячно будет отчисляться сумма страховой премии, которую я оплачиваю в рамках выбранного мной объема страхового покрытия. В случае присоединения к страхованию моих близких (супруга/супруги или партнера по жизни, совершеннолетнего ребенка) это согласие распространяется также на страховые премии, подлежащие уплате за предоставленное им страховое покрытие.

## Уполномоченные

 Введите данные тех лиц, которые получают страховые выплаты после вашей смерти. Если вы этого не сделаете, мы выплатим их лицам, указанным в общих условиях страхования. Если вы заполняете декларацию об изменении данных, внесите все лица, которые вы хотите уполномочить (даже если, например, меняется только один из двух лиц, указанных в предыдущей декларации).

| № п. п. | Фамилия и имя / Название субъекта | PESEL – если уполномоченный имеет / REGON субъекта | Дата и место рождения – если у уполномоченного отсутствует номер PESEL | % страховой выплаты                         |
|---------|-----------------------------------|--|--|---|
| 1       |                                   |  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 2       |                                   |  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 3       |                                   |  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
|         |                                   |  |  | <b>ИТОГО: 100%</b>                          |

## Данные спутника жизни

 Заполните, **если вы не состоите в браке**, и у вас есть спутник жизни. Таким образом, ваш спутник жизни будет рассматриваться как супруг/супруга, например, вы получите выплату после смерти его родителей (если такая выплата указана в вашем страховом покрытии).

Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_  
PESEL  \_\_\_\_\_ Дата рождения --  
(заполните, если ваш спутник жизни имеет номер PESEL и он/она собирается присоединиться к страхованию) (заполните, если ваш спутник жизни не имеет номера PESEL или он/она не собирается присоединиться к страхованию)  
Место рождения \_\_\_\_\_ Гражданство  польское и/или  другие – какие: \_\_\_\_\_  
(заполните, если ваш спутник жизни не имеет номера PESEL или он/она не собирается присоединиться к страхованию)

## Подтверждение основного застрахованного лица (работник)

 В этом разделе свои данные вносит работник (основное застрахованное лицо) в декларацию ребенка, супруга/супруги или спутника жизни.

Имя \_\_\_\_\_ Фамилия \_\_\_\_\_  
PESEL  \_\_\_\_\_ Дата вступления в брак --  
(относится к супружеской паре)  
Дата -- \_\_\_\_\_  
Подпись основного застрахованного лица \_\_\_\_\_  
(работника)

## Заявления лица, присоединяющегося к страхованию

Заявления и согласия, которые нам необходимы, чтобы вас застраховать

1А. Я прошу предоставить мне страховую защиту на страховую сумму и на условиях, указанных в договоре, который мне был предоставлен перед присоединением к страхованию (заявление касается лиц, которые присоединяются к групповому страхованию «PZU Na Życie Plus», дополнительного пакета «Поддержка семьи», «Защита ребенка», «При несчастном случае»).

1В. Я изъявляю желание быть застрахованным на страховую сумму и на условиях, изложенных в договоре, который был предоставлен мне до моего присоединения к страхованию. Кроме того, я заявляю, что мне известно содержание изменения варианта страхования, которое произойдет в день годовщины полиса, наступающего после того, как я достиг возраста, указанного в данном варианте страхования, я принимаю изменение варианта страхования после достижения указанного возраста в соответствии с содержанием предложения, принятого страхователем, которое я получил до присоединения к страхованию (заявление касается тех, кто присоединяется к дополнительному пакету «Поддержка в случае диагностирования рака» – основной диапазон, «Поддержка в случае диагностирования рака» – основной диапазон Plus).

2. Выражаю согласие на то, чтобы PZU Życie SA обращалась к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность в соответствии с положениями о медицинской деятельности, которые предоставляли мне или моим несовершеннолетним детям медицинские услуги, для передачи информации о моем состоянии здоровья и состоянии здоровья моих несовершеннолетних детей, указанных в ст. 38 абз. 2 закона «О страховой и перестраховочной деятельности», т. е. о причинах госпитализации и амбулаторного лечения, проведенных в ходе их диагностических исследований и их результатах (за исключением генетических исследований), других оказанных медицинских услуг, результатах лечения и результатах вскрытия, если оно было проведено. Я также уполномочиваю PZU Życie SA обратиться к вышеуказанным организациям с запросом о предоставлении PZU Życie SA копии моей медицинской документации и медицинской документации моих несовершеннолетних детей. Даю согласие обращаться PZU Życie SA в Национальный фонд здравоохранения для передачи данных об наименованиях и адресах поставщиков медицинских услуг, которые предоставили мне или моим несовершеннолетним детям медицинские услуги в связи с наступлением страхового случая. Вышеуказанные разрешения и полномочия предназначены для того, чтобы позволить PZU Życie SA установить свою ответственность и размер страховую выплату в связи с возникновением страхового случая. На основании вышеизложенного согласия и разрешения PZU Życie SA имеет право запрашивать вышеупомянутую информацию, данные и медицинские записи также после моей смерти или после смерти моих несовершеннолетних детей.

3. В день подписания декларации о присоединении я не нахожусь в больничном, в больнице, хосписе, учреждении для хронических больных, на реабилитационном пособии и я не был/была признан/-а нетрудоспособным/-ной или непригодным/-ной к службе решением компетентного органа.

4. Дополнительное заявление о здоровье, сделанное СУПРУГОМ/СУПРУГОЙ, СПУТНИКОМ ЖИЗНИ И СОВЕРШЕННОЛЕТНИМ РЕБЕНКОМ, которые непосредственно перед оформлением страховки:

- 1) не были охвачены другим групповым страхованием жизни в PZU Życie SA, либо
- 2) были охвачены страхованием менее чем 12 месяцев, либо
- 3) были охвачены таким страхованием по крайней мере 12 месяцев, но без сохранения непрерывности страхового покрытия (пожалуйста, не перечеркивайте и не исправляйте текст заявления).

Заявляю, что:

- a) Мне никогда не было диагностировано ни одно из перечисленных ниже заболеваний, и я не нахожусь в процессе диагностики симптомов заболевания любого из них:
  - атеросклероз, аневризма аорты, легочная эмболия, венозный тромбоз, ишемическая болезнь сердца (ишемия сердца), инфаркт миокарда, вальвулярный порок сердца, фибрилляция предсердий,
  - транзиторные нарушения мозгового кровообращения, внутричерепное кровоизлияние, инсульт, болезнь Альцгеймера, рассеянный склероз, эпилепсия,
  - хроническая обструкционная болезнь легких,
  - хроническая почечная недостаточность,
  - алкогольное поражение печени, токсическое повреждение печени, печеночная недостаточность, хронический гепатит, цирроз печени, хронический панкреатит,
  - сахарный диабет (исключая диабет беременных), ревматоидный артрит, ВИЧ-инфекция,
- b) За последние 10 лет у меня не было диагностировано ни одного злокачественного новообразования, и я не нахожусь в процессе диагностики симптомов злокачественного новообразования,
- c) Мне не делали трансплантацию печени, сердца, почек, легких или костного мозга за последние 10 лет, и я не ожидаю такой операции.

**ВНИМАНИЕ!** Если в вашем случае приведенное выше заявление в каком-либо пункте не соответствует действительности, и вы все равно приступаете к страхованию, PZU Życie SA, в соответствии со ст. 815 Гражданского кодекса, может отказать вам в выплате пособия.

5. Заявляю, что ознакомился/-лась с информацией об обработке моих персональных данных, содержащейся в предоставленном мне документе Информация о администраторе персональных данных (PZU Życie SA).

### Способ предоставления документации и информации о страховке

#### Разрешения на маркетинговые услуги ПОСМОТРИТЕ, ЧТО ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ:

Доступ к специальным предложениям, скидкам и акциям всех продуктов группы PZU.

Отметьте X поля ниже, если вы согласны.

6. Выражаю согласие на предоставление PZU Życie SA моих персональных данных субъектам группы PZU, т. е. 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, в их собственных маркетинговых целях, включая профилирование, направленное на определение предпочтений или потребностей в страховых и других финансовых продуктах, а так же на предоставление соответствующего предложения.

Специальные предложения, скидки и акции наших страховок вы получите по электронной почте или посредством SMS/ MMS.

7. Выражаю согласие на получение от 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 маркетинговой информации посредством электронных средств связи (эл. почта, SMS/MMS).

Мы позвоним вам, когда у нас будут привлекательные предложения, скидки или акции.

8. Выражаю согласие на получение от 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 маркетинговой информации посредством голосовой связи (телефонный звонок, сообщения голосового меню (IVR)).

Ознакомиться с интересными предложениями можно даже после окончания действия договора.

9. Выражаю согласие на обработку моих персональных данных компанией PZU Życie SA с целью предоставления мне маркетингового контента, касающегося страховых продуктов и других финансовых продуктов, даже когда я не буду застрахован в этой компании.

**ПОСМОТРИТЕ, ЧТО ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ:**  
Вы получите информацию о своей страховке по электронной почте или SMS/MMS.

Отметьте X поля ниже, если вы согласны.

10. Выражаю согласие на отправку информации и документов, в том числе Общие условия страхования (OWU) и документа, содержащего информацию о продукте, а также информацию, указанную в ст. 9 абз. 1 закона «О дистрибуции страхования», которое имеет отношение к запрашиваемому или заключенному договору страхования в PZU Życie SA, осуществляются через средства электронной связи, включая SMS/MMS или электронную почту, на указанный мной номер телефона или адрес электронной почты. В случае изменения предоставленных мной контактных данных я обязуюсь обновлять свои данные, с помощью которых я буду получать информацию посредством электронных средств связи.

### Названия и адреса компаний, названия которых указаны в содержании разрешения на маркетинговые услуги

| Сокращенное наименование компании | Полное наименование компании                                   | Адрес местонахождения                          |
|-----------------------------------|--|--|
| PZU SA                            | Акционерное Общество «Powszechny Zakład Ubezpieczeń»           | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| PZU Życie SA                      | Акционерное общество «Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie»  | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| PTE PZU SA                        | Акционерное общество «Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU»  | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| TFI PZU SA                        | Акционерное общество «Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU» | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| PZU Pomoc SA                      | Акционерное общество «PZU Pomoc»                               | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| PZU Zdrowie SA                    | Акционерное общество «PZU Zdrowie»                             | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| PZU CO SA                         | Акционерное общество «PZU Centrum Operacji»                    | Рондо Игнация Дашиньского 4, 00-843 г. Варшава |
| Link4 TU SA                       | Акционерное общество «LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń»           | ул. Постемпу 15, 02-676 г. Варшава             |
| PEKAO SA                          | Акционерное общество «Bank Polska Kasa Opieki»                 | ул. Жубра 1, 01-066 г. Варшава                 |
| Alior Bank SA                     | Акционерное общество «Alior Bank»                              | ул. Лопушаньска 38Д, 02-232 г. Варшава         |

## Информация

1. Вы имеете право отозвать свое согласие на обработку персональных данных в той мере, в какой это касается вашего согласия. Вы можете отозвать свое согласие в любое время в филиале или обращаясь по электронной почте [kontakt@pzu.pl](mailto:kontakt@pzu.pl) или направив письмо на адрес PZU, ул. Постемпу 18а, 02-676 г. Варшава. По закону мы можем обрабатывать ваши данные до тех пор, пока ваше согласие не будет отозвано.
2. PZU Życie SA для того, чтобы застрахованное лицо могло удаленно выполнять действия, связанные с договором страхования, предоставляет услугу mojePZU. После присоединения к (договору) группового страхования застрахованное лицо получит одноразовый пароль и логин для входа в mojePZU. Использование mojePZU возможно после входа в систему и принятия застрахованным лицом условий mojePZU. Одноразовый пароль истекает через 3 дня после его получения. После истечения срока действия одноразового пароля создание учетной записи на mojePZU возможно согласно правил, описанных на сайте <https://moje.pzu.pl>. Использование mojePZU является добровольным и бесплатным.

Дата

Подпись присоединяющегося лица



## Информация о трудоустройстве – заполняется страхователем (местом трудоустройства)

Тип правовых отношений, связывающих основное застрахованное лицо со страховщиком:

трудовой договор;  договор подряда  договор поручения  другая – какая: \_\_\_\_\_

Основное застрахованное лицо остается в правовых отношениях со страховщиком от

Дата \_\_\_\_\_ Печать страхователя \_\_\_\_\_ Подпись и печать или разборчивая подпись лица, обслуживающего страховку \_\_\_\_\_