

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



Numer deklaracji PZU Na Życie Plus

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

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 deklaracji (Ochrona dla dziecka)

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

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

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

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

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)

Numer deklaracji (Wsparcie dla rodziny)

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 _____ Data urodzenia ____-____-____
(uzupełnij, jeśli posiadasz) (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: ze składką _____ zł (wariant: _____ jeżeli w ofercie jest kilka wariantów)
(Pakiet dodatkowy – Ochrona dla dziecka)

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką _____ zł (wariant: _____ jeżeli w ofercie jest kilka wariantów)
(Pakiet dodatkowy – Wsparcie w razie nowotworu zakres podstawowy)

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką _____ zł (wariant: _____ jeżeli w ofercie jest kilka wariantów)
(Pakiet dodatkowy – Wsparcie w razie nowotworu zakres podstawowy Plus)

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką _____ zł (wariant: _____ jeżeli w ofercie jest kilka wariantów)
(Pakiet dodatkowy – W Razie Wypadku)

4. **Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO I PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:**
- nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo
 - byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
 - byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony
(proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).
- Oświadczam, że:
- a) Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,
 - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,
 - przewlekła obturacyjna choroba płuc,
 - przewlekła niewydolność nerek,

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	☐ 6. 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.
Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	☐ 7. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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 informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.	☐ 8. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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 informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	☐ 9. 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 posiadał ubezpieczenia w tej firmie.

Informacje

- 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.
- 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

- alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,
 - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,
- b) W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- c) W ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłem jako biorca przeszczepu wątroby, serca, nerki, płuca, szpiku, ani też nie oczekuję na taki przeszczep.
- UWAGA! Jeżeli w Twoim przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe a mimo to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Sposób dostarczenia dokumentacji i informacji o ubezpieczeniu

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Informacje o swoim ubezpieczeniu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	☐ 10. Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia 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 uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

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