

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** Informacje o wariantach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

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                       |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 5,00 zł | <input type="checkbox"/> 10,00 zł | <input type="checkbox"/> 15,00 zł |

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

| Wariant I                         | Wariant II                        | Wariant III                       |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10,00 zł | <input type="checkbox"/> 16,00 zł | <input type="checkbox"/> 24,00 zł |

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

| Wariant I                        | Wariant II                        | Wariant III                       |
|----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6,00 zł | <input type="checkbox"/> 10,50 zł | <input type="checkbox"/> 14,50 zł |

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

| zakres podstawowy                 | zakres podstawowy Plus            |
|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 12,00 zł | <input type="checkbox"/> 17,00 zł |

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

| Wariant I                        | Wariant II                        |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6,50 zł | <input type="checkbox"/> 12,00 zł |

Wybieram opcje dodatkowe:



**Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance**

☐ zakres podstawowy ze składką \_\_\_\_\_ zł

☐ zakres rozszerzony ze składką \_\_\_\_\_ zł



**Asystent w czasie utraty zdrowia**

☐ dla ubezpieczonego ze składką \_\_\_\_\_ zł

## 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 /<br>Nazwa podmiotu | PESEL – jeśli uposażony posiada/<br>REGON podmiotu | Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada<br>numeru PESEL | % świadczenia                                                    |
|-----|-------------------------------------|----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| 1   |                                     |                                                    |                                                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 2   |                                     |                                                    |                                                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 3   |                                     |                                                    |                                                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |

**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)

Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko

PESEL

Data zawarcia związku małżeńskiego

(dotyczy małżonka)

## Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego

(pracownika)

## Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.

4. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO I PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:

- 1) nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo
- 2) byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
- 3) 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,
  - 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 zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

## Zgody marketingowe

### ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.



Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

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 mierzące 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).

Dowiedz 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 posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

### Sposób dostarczenia dokumentacji i informacji o ubezpieczeniu

### ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Informacje  
o swoim ubezpieczeniu  
otrzymasz e-mailem  
lub SMS-em/MMS-em.



Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

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, zobowiązuję 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           |

#### 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