

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy PZU W Razie Wypadku

Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku

Numer polisy Dodatkowa Ochrona Życia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Życia

Numer polisy PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)



Numer polisy Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku)

Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

☐ DEKLARACJA ZMIANY

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane dotyczące ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Miejsce urodzenia

PESEL

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Obywatelstwo

Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Nr domu

Nr lokalu

Kraj

Polska Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki

Grupowe ubezpieczenie typ P Plus

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
☐ 48,00 zł	☐ 89,00 zł	☐ 98,00 zł	☐ 107,00 zł
Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	Wariant VIII
☐ 123,00 zł	☐ 124,00 zł	☐ 146,00 zł	☐ 147,00 zł

Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Wariant I	Wariant II
☐ 13,98 zł	☐ 24,90 zł

Dodatkowa Ochrona Życia

Wariant I	Wariant II
☐ 25,90 zł	☐ 39,50 zł

Pakiet dodatkowy Wsparcie Onkologiczne (możliwość wyboru obu wariantów)

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia	
	Wariant I	Wariant II
	☐ 12,00 zł	☐ 17,00 zł
Śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariantie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego:		
• ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia	25 000 zł	41 000 zł
• ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia	10 000 zł	17 000 zł
• ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia	3 000 zł	5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	600 zł	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	3 000 zł	5 000 zł

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

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

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

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

[illegible]

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1				%
2				%
3				%
Razem				1 0 0 %

1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
 - 1) miażdżca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
 - 2) przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
 - 3) przewlekła obturacyjna choroba płuc;
 - 4) przewlekła niewydolność nerek;
 - 5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby przystępującej

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl, albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-606 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Podpis ubezpieczonego podstawowego
(tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

VII Wypełnia ubezpieczający

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 (dd-mm-rrrr)

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Pełne nazwy spółek

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

¹Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.
²Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.
³W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).
⁴Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.