

Номер полісу PZU Na Życie Plus
(заповнює особа, яка обслуговує страхування)



Номер декларації PZU Na Życie Plus

Номер полісу (Підтримка для вашого серця)
(заповнюється особою, яка обслуговує страхування)

Номер полісу (Захист для дитини)
(заповнює особа, яка обслуговує страхування)

Номер полісу (Підтримка у разі раку)
(заповнює особа, яка обслуговує страхування)

Номер декларації (Підтримка для
Вашого Серця)

Номер декларації (Захист для дитини)

Номер декларації (Підтримка у разі
онкологічного захворювання)

Групове страхування PZU Na Życie Plus та додаткові пакети

☐ Декларація про приєднання до страхування

Я приєднуюся як:

- ☐ Основний страхувальник (наприклад, працівник)
☐ Повнолітнє дитина основного страхувальника
☐ Чоловік/дружина основного страхувальника
☐ Партнер основного застрахованого

Назва страхувальника (роботодавця):

- ☐ Faurecia Automotive Polska S.A. Faurecia
☐ Gorzów S.A.
☐ Faurecia Wałbrzych S.A. Faurecia
☐ R&D Center S.A.

Ідентифікаційний номер п р а ц і в н и к а _____

☐ Декларація про зміну даних

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

Терміни, що використовуються в цьому документі, мають таке саме значення, як і в загальних умовах страхування.



1. Заповнюйте ДРУКОВАНИМИ літерами 2. Підпишіть у зазначених місцях 3. Вкажіть дату у форматі ДД-ММ-РРРР

Дані особи, яка приступає до страхування

Ім'я _____

Прізвище _____

Стать: ☐ жінка ☐ чоловік PESEL _____ Дата народження: ____-____-____
(заповніть, якщо маєте) (заповніть, якщо у вас немає номера PESEL)

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

Країна постійного п р о ж и в а н н я _____
(заповніть, якщо інший, ніж Польща)

Контактні дані особи, яка приступає до страхування



Якщо ви вкажете свою електронну адресу та погодитеся з умовами в кінці документа, ми зможемо надіслати вам інформацію про страхування на вашу електронну адресу.

Електронна адреса _____ Номер т е л е ф о н у _____

Вулиця _____ Номер будинку _____ Номер к в а р т и р и _____

Місто _____ Поштовий індекс _____ П о ш т а _____

Країна ☐ _____ інший – який: _____

Варіант страхування

Інформацію про варіанти можна знайти в пропозиції.

Я вибираю страхування PZU Na Życie Plus:

Варіант I	Варіант II	Варіант III	Варіант IV
47,00	61,00	76,00	91,00

Я вибираю страхування PZU Na Życie Plus (додатковий пакет «Підтримка для вашого серця»):

Варіант I
13,00

Я вибираю страхування PZU Na Życie Plus (додатковий пакет «Захист для дитини»):

Варіант I	Варіант II
5,00	15,00

Я вибираю страхування PZU Na Życie Plus (додатковий пакет «Підтримка у разі раку»):

Варіант I
17,00

Оплата

Введіть дані осіб, які отримають виплату після Вашої смерті. Якщо Ви цього не зробите, ми виплатимо її особам, зазначеним у загальних умовах страхування. Якщо Ви заповнюєте декларацію про зміну даних, введіть усіх осіб, яких Ви хочете забезпечити (навіть якщо, наприклад, змінюється тільки одна з двох осіб, зазначених у попередній декларації).

№	Прізвище та ім'я / Назва суб'єкта	PESEL – якщо спадкоємець має/ REGON суб'єкта	Дата і місце народження – якщо спадкоємець не має PESEL	% виплати
1				%
2				%
3				%
				Всього 100

Дані про партнера

Заповніть, якщо ви не перебуваєте у шлюбі, але маєте партнера. Завдяки цьому ваш партнер буде розглядатися як чоловік/дружина, наприклад, ви отримаєте виплату після смерті його/її батьків (якщо така виплата передбачена вашим страховим покриттям).

Ім'я _____ П р і з в и щ е _____

PESEL _____ Дата народження: _____
(заповніть, якщо партнер має номер PESEL) (заповніть, якщо партнер не має номера PESEL)

Місце народження _____ Громадянство [] польські та/або [] інші – які: _____
(заповніть, якщо партнер не має номера PESEL)

Підтвердження основного застрахованого (працівника)

У цій частині працівник (основний застрахований) вносить свої дані у декларацію дитини, подружжя або партнера.

Ім'я _____ П р і з в и щ е _____

PESEL _____ Дата укладення шлюбу _____
(стосується подружжя)

Дата _____ Підпис о с н о в н о г о страхувальника _____
(працівника)

Заяви особи, яка приєднується до страхування

- Заяви та згоди, які нам потрібні, щоб застрахувати вас
- Я хочу отримати страховий захист із сумою страхування та на умовах, визначених у договорі, який мені було надано перед приєднанням до страхування.
 - Я даю згоду на звернення PZU Życie SA до суб'єктів, які здійснюють медичну діяльність у розумінні положень про медичну діяльність, які надавали

мені або моїм неповнолітнім дітям медичні послуги, передати інформацію про мій стан здоров'я та стан здоров'я моїх неповнолітніх дітей, визначену в ст. 38, п. 2 Закону про страхову та перестрахову діяльність, а саме: про причини госпіталізації та амбулаторного лікування, проведені під час них діагностичні дослідження діагностичних обстеженнях та їх результатах (за винятком генетичних обстежень), інших наданих медичних послуг, результатах лікування та результатах розтину, якщо він був

- Крім того, я уповноважую PZU Życie SA звертатися до вищезазначених суб'єктів з проханням надати PZU Życie SA копію моєї медичної документації та медичною документацією моїх неповнолітніх дітей. Я даю згоду на звернення PZU Życie SA до Національного фонду охорони здоров'я з проханням надати дані про назви та адреси медичних закладів, які надали мені або моїм неповнолітнім дітям медичні послуги у зв'язку з настанням страхового випадку. Вищезазначені згоди та повноваження мають на меті надати PZU Życie SA можливість визначити свою відповідальність та розмір виплати у зв'язку з настанням страхового випадку. На підставі вищезазначених згод та повноважень PZU Życie SA має право звертатися за вищезазначеною інформацією, даними та медичною документацією також після моєї смерті або після смерті моїх неповнолітніх дітей.
3. На день підписання декларації про приєднання я не перебуваю на лікарняному, в лікарні, хоспісі, закладі для хронічно хворих, на реабілітаційній допомозі та не визнано мене неприцездатним або недієздатним рішенням відповідного органу. Заява є чинною, якщо інше не передбачено договором страхування.
4. Додаткова заява щодо здоров'я, подана ЧОЛОВІКОМ, ЖИТТЄВОГО ПАРТНЕРА та ПОВНОЛІТНЬОЇ ДИТИНИ, які безпосередньо перед приєднанням до страхування:
- 1) не були охоплені іншим груповим страхуванням життя в PZU Życie SA або
 - 2) були застраховані таким страхуванням менше 12 місяців, або
 - 3) були застраховані таким страхуванням щонайменше 12 місяців, але без збереження безперервності захисту (прошу не викреслювати та не виправляти текст заяви).
- Я заявляю, що:
- a) Мені ніколи не діагностували жодного з нижчезазначених захворювань, і я не перебуваю в процесі діагностики симптомів жодного з них:
- атеросклероз, анеризми аорти, тромбоемболія легеневої артерії, тромбоз вен, ішемічна хвороба серця (ішемічна хвороба серця), інфаркт міокарда, вада серцевого клапана, фібриляція передсердь,
 - транзиторні порушення мозкового кровообігу, внутрішньочерепна кровотеча, інсульт, хвороба Альцгеймера, розсіяний склероз, епілепсія,
 - хронічна обструктивна хвороба легень,
 - хронічна ниркова недостатність,

- алкогольна хвороба печінки, токсичне ураження печінки, печінкова недостатність, хронічний гепатит, цироз печінки, хронічний панкреатит,
 - діабет (за винятком діабету вагітних), ревматоїдний артрит, інфікування вірусом ВІЛ,
- b) Протягом останніх 10 років у мене не було діагностовано жодного злоякісного новоутворення, і я не перебуваю в процесі діагностики симптомів злоякісного новоутворення.
- c) Протягом останніх 10 років я не був реципієнтом трансплантації печінки, серця, нирки, легені, кісткового мозку і не очікую на таку трансплантацію.
- УВАГА! Якщо у Вашому випадку будь-який пункт вищезазначеної заяви не відповідає дійсності, але Ви все одно укладаєте договір страхування, PZU Życie SA, відповідно до ст. 815 Цивільного кодексу, може відмовити Вам у виплаті страхового відшкодування. Заява є чинною, якщо інше не передбачено договором страхування.
5. Стосується додаткового пакету «Підтримка для Вашого серця»:
- Заявляю, що:
- 1) Протягом останніх 6 місяців мені не було призначено діагностику (за винятком профілактичних обстежень), госпіталізацію, операцію або інше медичне лікування у зв'язку з такими захворюваннями: вадами серця, вадами серцевих клапанів, ішемічною хворобою серця, ішемічною хворобою серця, атеросклерозом, порушеннями серцевого ритму, інфарктом міокарда, інсультом, крововиливом, ожирінням, діабетом;
 - 2) Протягом останніх 5 років у мене не було діагностовано та я не лікувався/лася від захворювань, зазначених у пункті 1) вище.
6. Стосується додаткового пакету «Підтримка у разі раку»:
- Заявляю, що:
- 1) Протягом останніх 6 місяців мені не було рекомендовано діагностику (за винятком профілактичних обстежень), госпіталізацію, операцію чи інше медичне лікування у зв'язку з онкологічним захворюванням;
 - 2) Протягом останніх 5 років мені не діагностували і я не лікувався/лася від онкологічного захворювання.
7. Заявляю, що ознайомився/лася з інформацією про обробку моїх персональних даних, що міститься в наданому мені документі «Інформація адміністратора персональних даних» (PZU Życie SA).

Маркетингові згоди

ДИВІТЬСЯ, ЩО ВИ ОТРИМАЄТЕ: Доступ до спеціальних пропозицій, знижок та акцій на всі продукти Групи PZU.	Вставте X у поля нижче, якщо ви згодні.
	8. Я даю згоду на надання PZU Życie SA моїх персональних даних суб'єктам з Групи PZU, 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 з метою визначення переваг або потреб у сфері страхових та інших фінансових продуктів, а також для надання відповідної пропозиції.
Спеціальні пропозиції, знижки та промоції наших страхувань ви отримаєте електронною поштою або SMS/MMS.	9. Я даю згоду на отримання 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 маркетингової інформації за допомогою засобів електронного зв'язку (електронна пошта, SMS/MMS).
Ми зателефонуємо вам, коли у нас будуть привабливі пропозиції, знижки або акції.	10. Я даю згоду на отримання 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 маркетингової інформації за допомогою голосових дзвінків (телефонних розмов, голосових повідомлень IVR).
Ви дізнаєтесь про цікаві пропозиції навіть після закінчення терміну дії договору.	11. Я даю згоду на обробку моїх персональних даних компанією PZU Życie SA з метою надсилання мені маркетингових матеріалів щодо страхових продуктів та інших фінансових продуктів, коли я не матиму

Назви та адреси компаній, які згадуються в тексті маркетингових згод

Скорочена назва компанії	Повна назва компанії	Адреса
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	Ogólne 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 Operacyjne Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo ubezpieczeniowe 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

Інформація

1. Ви маєте право відкликати свою згоду на обробку персональних даних у межах, на які поширюється ваша згода. Згоду можна відкликати в будь-який час у відділенні або надіславши електронного листа на адресу kontakt@pzu.pl або листа на адресу PZU, вул. Постępu 18а, 02-676 Варшава. Відповідно до закону, ми можемо обробляти ваші дані до моменту відкликання згоди.
2. PZU Życie SA, щоб забезпечити страхувальнику можливість дистанційного виконання дій, пов'язаних з договором, надає доступ до сервісу mojePZU. Користуватися mojePZU можна після входу в систему та прийняття страховальником Регламенту mojePZU. Створити обліковий запис на mojePZU можна на умовах, описаних на сторінці <https://moje.pzu.pl>. Користування mojePZU є добровільним і безкоштовним.

Дата

Підпис особи, яка приєднується



Інформація про працевлаштування – заповнює страхувальник (роботодавець)

Вид правовідносин, що пов'язують основного страхувальника зі страхувальником:

☐ трудовий договір ☐ договір підряду ☐ договір підряду ☐ інший – який: _____

Основний застрахований перебуває у правових відносинах із страхувальником з

Дата

Печатка страхувальника

Підпис і печатка або розбірливий
підпис особи, яка обслуговує
страхування