



Numer polisy PZU Na Życie Plus

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



\* 9 A 3 0 0 1 M A S 1 0 1 \*

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 (W Razie Wypadku)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie dla bliskich Plus)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)

Numer deklaracji (Wsparcie dla bliskich Plus)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

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

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

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

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

zaznacz check box, jeśli chcesz zmienić dane

zaznacz check box, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia

## 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.

zaznacz odpoznacz rolę w jakiej przystępujesz do ubezpieczenia

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.



1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami
2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach
3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

### Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia ←

uzupełnij swoje dane – są one niezbędne

Imię ANNANazwisko KOWALSKAPłeć:  kobieta  mężczyznaPESEL 80010112345

(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia 01-01-1980

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia WARSZAWA

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Obywatelstwo  polskie i/albo  inne – jakie: \_\_\_\_\_

Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_

(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

uzupełnij swoje dane – są one niezbędne w celu kontaktu

### Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

E-mail ANNAKOW@WP.PLNr telefonu 601 123 456Ulica RONDO DASZYŃSKIEGONr domu 1

Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Miejscowość WARSZAWAKod pocztowy 00-111Poczta WARSZAWAKraj  Polska  inny – jaki: \_\_\_\_\_

## Wariant ubezpieczenia

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

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus:  wybierz wariant ubezpieczenia podstawowego

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI
<input type="checkbox"/> 48,00 zł	<input type="checkbox"/> 58,00 zł	<input type="checkbox"/> 69,90 zł	<input type="checkbox"/> 98,00 zł	<input checked="" type="checkbox"/> 117,50 zł	<input type="checkbox"/> 147,50 zł

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

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

wybierz wariant ubezpieczenia dodatkowego

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

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

wybierz wariant ubezpieczenia dodatkowego

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

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

wybierz wariant ubezpieczenia dodatkowego  
- jeśli chcesz wybrać oba zakresy zaznacz krzyżykiem dwie składki

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie dla rodziny):

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input checked="" type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,00 zł

wybierz wariant ubezpieczenia dodatkowego

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

wybierz wariant ubezpieczenia dodatkowego

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie dla bliskich Plus) – dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego:

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 12,00 zł	<input checked="" type="checkbox"/> 17,00 zł

**Uwaga! Pakiet tylko dla pracownika**  
 wybierz wariant ubezpieczenia dodatkowego

**Uposażeni**  podaj dane osób, które chcesz uposażyć – wpisz wszystkie osoby zarówno na deklaracji przystąpienia jak i na deklaracji zmiany danych

**i** 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 / Nazwa podmiotu	PESEL - jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia - jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1	KOWALSKI JAN	79090912345	09-09-1979, KRAKÓW	<input type="text"/> 50 %
2	KOWALSKI ANTONI	01211112345	11-01-2001, WARSZAWA	<input type="text"/> 50 %
3				<input type="text"/> %

wskaż dane swojego partnera życiowego. Jeśli partner życiowy ubezpieczonego podstawowego (pracownika) chce przystąpić do ubezpieczenia to musi wypełnić swoją deklarację przystąpienia

**RAZEM 100%**

## Dane partnera życiowego

**i** 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) (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)  
Miejsce urodzenia  Obywatelstwo  polskie i/ albo  inne - jakiej:   
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

## Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika)

sekcję wypełnia i podpisuje tylko ubezpieczony podstawowy (pracownik) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego

 W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_ Data zawarcia związku małżeńskiego \_\_\_\_\_  
(dotyczy małżonka)

wpisanie daty jest niezbędne we wskazanym miejscu

złożenie podpisu ubezpieczonego podstawowego jest niezbędne we wskazanym miejscu na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego

Data \_\_\_\_\_ Podpis ubezpieczonego podstawowego \_\_\_\_\_  
(pracownika)

**Uwaga!** – jeżeli przystępujesz jako małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko – przeczytaj dokładnie – to bardzo ważne oświadczenie

## Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

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

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- Oświadczam, że jest mi znana treść zmiany wariantu ubezpieczenia, która nastąpi w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przeze mnie wieku określonego w danym wariantcie ubezpieczenia, akceptuję zmianę wariantu ubezpieczenia po ukończeniu wskazanego wieku zgodnie z treścią oferty zaakceptowanej przez ubezpieczającego, którą otrzymałam/em przed przystąpieniem do ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy, Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus).
- Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.** Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
- 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:**
  - 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,
  - w ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
  - w ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłam 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. Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

zaznacz check box przy oświadczeniach na które wyrażasz zgodę

### Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:		
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	<input checked="" type="checkbox"/>	7. 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.	<input checked="" type="checkbox"/>	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 środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.	<input type="checkbox"/>	9. 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.	<input type="checkbox"/>	10. 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.

### 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	Powszechnie 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. Chmielna 69, 00-801 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 udostępnia serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

złożenie podpisu osoby przystępującej do ubezpieczenia (w roli pracownika, małżonka, partnera życiowego, pełnoletniego dziecka) oraz uzupełnienie daty podpisania jest niezbędne we wskazanych miejscach

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

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęćka albo czytelny podpis  
osoby obsługującej ubezpieczenie

Sekcję wypełnia osoba obsługująca ubezpieczenie w zakładzie pracy na deklaracji ubezpieczonego podstawowego.