



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 (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)

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

 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"/> 50,50 zł | <input type="checkbox"/> 61,00 zł | <input type="checkbox"/> 73,50 zł | <input type="checkbox"/> 103,00 zł | <input checked="" type="checkbox"/> 123,50 zł | <input type="checkbox"/> 155,00 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


 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

 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 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. 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

Pieczętka ubezpieczającego

Podpis i pieczętka albo czytelny podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

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