



\* D I N 2 0 0 0 0 0 0 0 1 \*



9 4 0 5 5 2 6 2 5  
PZU Na Życie Plus - Numer polisy

9 4 0 5 5 2 8 4 3  
Ochrona dla dziecka - Numer polisy

9 4 0 5 5 2 8 5 6  
W Razie Wypadku - zakres podstawowy i rozszerzony - Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

9 4 0 5 5 2 8 6 9  
Wsparcie dla rodziny - Numer polisy

9 4 0 5 5 2 8 8 5  
Wsparcie w razie nowotworu - Numer polisy

9 4 0 5 5 2 8 9 8  
Wsparcie dla Twojego serca - Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Powyższe pola uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie.

## Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus i pakiety dodatkowe

Ubezpieczenie jest oferowane na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332 a PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705.

**Deklaracja przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu dla** \_\_\_\_\_ (dalej Klub)  
(nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy)

### i ubezpieczenia PZU Na Życie Plus


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 Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego), a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

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 Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

Imię

Nazwisko

Płeć:  kobieta  mężczyzna

PESEL   
(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia --  
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_  
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Obywatelstwo  polskie i/albo  inne - jakiej: \_\_\_\_\_

Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_  
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

## Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

E-mail \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_  
Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_  
Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_  
Kraj  Polska  inny - jaki: \_\_\_\_\_

## Wariant ubezpieczenia



Informacje o pakietach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

Wybieram zakres ubezpieczenia:				
	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III	Pakiet podstawowy IV
<b>Ubezpieczenie dla:</b>	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka
<b>Ubezpieczenie PZU Na Życie Plus</b>	<input type="checkbox"/> <b>59,00 zł</b> PZU Na Życie Plus (Wariant I): <b>59,00 zł</b>	<input type="checkbox"/> <b>69,00 zł</b> PZU Na Życie Plus (Wariant II): <b>69,00 zł</b>	<input type="checkbox"/> <b>73,40 zł</b> PZU Na Życie Plus (Wariant III): <b>73,40 zł</b>	<input type="checkbox"/> <b>80,60 zł</b> PZU Na Życie Plus (Wariant IV): <b>80,60 zł</b>

### Rozszerzam o pakiety dodatkowe:

\*Uwaga

Przystąpienie do pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu, Wsparcie dla Twojego serca wymaga złożenia dodatkowego oświadczenia, które jest w sekcji z oświadczeniami. Jeśli nie możesz złożyć oświadczenia, to nie wybieraj tego pakietu dodatkowego.

<b>Ochrona dla dziecka</b>	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> <b>11,00 zł</b>
Wariant II	<input type="checkbox"/> <b>15,00 zł</b>
Wariant III	<input type="checkbox"/> <b>23,00 zł</b>
Wariant IV	<input type="checkbox"/> <b>35,00 zł</b>
<b>W Razie Wypadku - zakres podstawowy i rozszerzony</b>	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> <b>6,50 zł</b>
Wariant II	<input type="checkbox"/> <b>12,00 zł</b>
<b>Wsparcie dla rodziny</b>	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant III	<input type="checkbox"/> <b>15,00 zł</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> <b>5,00 zł</b>
Wariant II	<input type="checkbox"/> <b>10,00 zł</b>
<b>Wsparcie w razie nowotworu</b>	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> <b>11,00 zł</b>
Wariant II	<input type="checkbox"/> <b>21,00 zł</b>
Wariant III	<input type="checkbox"/> <b>31,00 zł</b>
Wariant IV	<input type="checkbox"/> <b>47,00 zł</b>
<b>Wsparcie dla Twojego serca</b>	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> <b>10,00 zł</b>
Wariant II	<input type="checkbox"/> <b>20,00 zł</b>



## 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:
- miażdżycę, 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,
  - cukrzycę (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.
- Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

## 6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego serca:

Oświadczam, że:

### Zgody marketingowe

#### ZOBACZ CO ZYSKASZ:

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

Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

1. 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.

2. 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.

3. 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).

Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.

4. 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.

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

5. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Pomoc SA moich danych osobowych podmiotom z Grupy PZU, tj.: PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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.

- 1) w ostatnich 12 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia w związku z: wadami serca, wadami zastawek serca, udarem mózgu/wylewem krwi do mózgu, zawałem serca, kardiomiopatią, operacją naczyń wieńcowych lub aorty, tętniakiem aorty, transplantacją mięśnia sercowego, chorobą niedokrwienną serca/chorobą wieńcową, miażdżycą, zapaleniem naczyń, zaburzeniami rytmu serca/niewydolnością serca, chorobami osierdzia lub wśierdzia, zakrzepicą żył głębokich, zatorowością płucną, otyłością (BMI powyżej 35), cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciąży);
- 2) w ciągu ostatnich 3 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/em się z powodu chorób wymienionych w punkcie 1 powyżej.

## 7. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:

Oświadczam, że:

- 1) w ostatnich 6 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z podejrzeniem nowotworu lub stanu przednowotworowego;
- 2) nie jestem w trakcie i nie oczekuję na diagnostykę medyczną nowotworu lub stanu przednowotworowego.

## 8. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

## 9. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).

Oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

6. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA, oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej [https://www.pzu.pl/partnerzy\\_pzu\\_pomoc](https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc)) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu.

7. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej [https://www.pzu.pl/partnerzy\\_pzu\\_pomoc](https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc)) informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

### 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](mailto: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.

Data

Podpis osoby przystępującej

## Informacja dotycząca przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu – wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

Data

□□-□□-□□□□

Podpis i pieczętka albo czytelny podpis  
osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu \_\_\_\_\_

