

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

9 4 0 5 6 8 9 9 0

PZU Na Życie Plus - Numer polisy

Numer deklaracji

Powyższe pola uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie.



Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus

zaznacz check box, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia

owy 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 INSTYTUTU HEMATOLOGII I TRANSFUZJOLOGII (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.

Twoje dane – zaznacz odpowiedni check box

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)

uzupełnij swoje dane – są one niezbędne

Imię
Nazwisko
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna PESEL
(uzupełnij, jeśli posiadasz) Data urodzenia
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne - jakie:
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

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

uzupełnij swoje dane – są one niezbędne w celu kontaktu

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.

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, NIP dla celów VAT 107-004-84-03 - członek Grupy VAT PZU, kapitał zakładowy: 295 000 000 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, NIP dla celów VAT 107-004-84-03 - członek Grupy VAT PZU, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł, wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)
TASDEKL/26F05_01/20260629.1223/proddppu10-582118140.3/FILE/87d1f9cb-1209-4ad0-b9f4-6cee12a02df4

Wybieram zakres ubezpieczenia:

wyberz i zaznacz jeden z trzech wariantów ubezpieczenia

	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III
Ubezpieczenie dla:	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
Ubezpieczenie PZU Na Życie Plus	70,00 zł ☐ PZU Na Życie Plus (Wariant I): 70,00 zł	80,00 zł ☐ PZU Na Życie Plus (Wariant II): 80,00 zł	120,00 zł ☐ PZU Na Życie Plus (Wariant III): 120,00 zł

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, kwoty tytułem finansowanej przeze mnie składki ubezpieczeniowej wynikającej z wybranego przeze mnie zakresu ubezpieczenia. W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia moich bliskich (małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka) powyższa zgoda dotyczy również składek należnych z tytułu udzielanej im ochrony ubezpieczeniowej.

Uposażeni

podaj dane osób, które chcesz uposażyć

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				%
2				%
				%
Wskaz 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 - jakie:

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika – członka Klubu)

sekcję wypełnia i podpisuje ubezpieczony podstawowy (pracownik)

Tę część wypełnia pracownik – członek Klubu (ubezpieczony podstawowy) – zarówno na swojej deklaracji, jak i na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Oświadczam, że z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia
☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny - jaki:

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

Imię Nazwisko

PESEL Data zawarcia związku małżeńskiego
wpisanie daty jest niezbędne we wskazanym miejscu (dotyczy małżonka)

Data Podpis ubezpieczonego podstawowego
(pracownika)

Złożenie podpisu ubezpieczonego podstawowego jest niezbędne na swojej deklaracji oraz na deklaracji osoby bliskiej, jeśli przystępuje do ubezpieczenia

Oświadczenia osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

- Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
- Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

3. 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 udzielili 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.

4. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym

uwaga - jeśli przystępujesz jako małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko - przeczytaj dokładnie - to bardzo ważne oświadczenie

5. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:

- 1) albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA, albo
- 2) byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
- 3) byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony

zaznacz chęć box przy oświadczeniach na które wyrażasz zgodę

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.

☐

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).

☐

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).

☐

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.

☐

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.

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 wpisanie daty jest niezbędne we wskazanym miejscu. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach ogólnych. Złożenie podpisu jest niezbędne we wskazanym miejscu.

Data

Podpis osoby przystępującej

(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:

- 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,

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

7. Oświadczam, że zapoznałem/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) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

Zadzwońmy 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) 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	Powszechne 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

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

► Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu --

Data --

Podpis i pieczęć albo czytelny podpis
osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu _____



sekcję wypełnia ubezpieczający na deklaracji ubezpieczonego podstawowego

WZÓR