



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



9 4 0 6 0 4 5 1 3

PZU Na Życie Plus - Numer polisy

9 4 0 6 0 6 2 7 2

Ochrona dla dziecka - Numer polisy

9 4 0 6 0 8 2 9 2

Wsparcie w razie nowotworu - Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

9 4 0 6 0 8 2 7 6

Wsparcie dla Twojego serca - Numer polisy

9 4 0 6 0 8 2 1 8

W Razie Wypadku - zakres podstawowy i rozszerzony - Numer polisy

9 4 0 6 0 8 1 9 1

Wsparcie po wypadku - Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

9 4 0 6 0 8 1 5 9

Wsparcie dla rodziny - Numer polisy

9 4 0 6 0 4 5 3 9

Wsparcie dla bliskich Plus - Numer polisy

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** Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. (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 - jakie:

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

Pocztą

Kraj

☐ Polska ☐ inny - jaki:

Wariant ubezpieczenia

i

Informacje o pakietach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

| Wybieram zakres 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 | <input type="checkbox"/> 85,00 zł<br>PZU Na Życie Plus<br>(Wariant I): 85,00 zł                                    | <input type="checkbox"/> 84,00 zł<br>PZU Na Życie Plus<br>(Wariant II): 84,00 zł                                   | <input type="checkbox"/> 135,00 zł<br>PZU Na Życie Plus<br>(Wariant III): 135,00 zł                                |

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.

|                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <div>Ochrona dla dziecka</div> <div>Wariant I</div> <div>Wariant II</div> <div>Wariant III</div> <div>Wariant IV</div>        | <div>Wybierz jeden wariant:</div> <div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div> <div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div> <div><input type="checkbox"/> 23,00 zł</div> <div><input type="checkbox"/> 35,00 zł</div> |
| <div>Wsparcie w razie nowotworu</div> <div>Wariant I</div> <div>Wariant II</div> <div>Wariant III</div> <div>Wariant IV</div> | <div>Wybierz jeden wariant:</div> <div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div> <div><input type="checkbox"/> 21,00 zł</div> <div><input type="checkbox"/> 31,00 zł</div> <div><input type="checkbox"/> 47,00 zł</div> |
| <div>Wsparcie dla Twojego serca</div> <div>Wariant I</div>                                                                    | <div>Wybierz jeden wariant:</div> <div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>                                                                                                                                        |





Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL

Data zawarcia związku małżeńskiego --  
(dotyczy małżonka)

Data 

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

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

1. Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
2. 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 udzieliły 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 badań diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych 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 udzieliли 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 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.
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(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 może to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.

6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcia dla Twojego serca:  
Oświadczam, że:  
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 niedokrwinną 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 ciężkowej);  
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 Wsparcia 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).

## 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 przedstawiania 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).

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

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.               | <input type="checkbox"/> | 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. |
| Oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.               | <input type="checkbox"/> | 6. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA, oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej <a href="https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc">https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc</a> ) 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. | <input type="checkbox"/> | 7. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej <a href="https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc">https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc</a> ) 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               |

#### Informacje

- 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.
- 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 pieczęć albo czytelny podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu