Wzór wypełnienia deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia

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

9 4 0 6 4 6 0 7 6

PZU Na Życie Plus - Numer polisy

Numer deklaracji

Powyższe pola uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie.

zaznacz check box, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia

zaznacz check box, jeśli chcesz zmienić dane

Grupowe ubezpieczenie **PZU Na Życie Plus**

☐ **Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia**

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)
- ☐ Pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Twoje dane – zaznacz odpowiedni check box

☐ **Deklaracja zmiany danych**

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia, 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 ubezpieczenia

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
(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

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.

wskaż wybrany wariant ubezpieczenia

Wybieram zakres ubezpieczenia:	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III	Pakiet podstawowy IV
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	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka
Ubezpieczenie PZU Na Życie Plus	☐ **42,10 zł** PZU Na Życie Plus (Wariant I): **42,10 zł**	☐ **86,80 zł** PZU Na Życie Plus (Wariant II): **86,80 zł**	☐ **134,10 zł** PZU Na Życie Plus (Wariant III): **134,10 zł**	☐ **202,80 zł** PZU Na Życie Plus (Wariant IV): **202,80 zł**
Rozszerzam o: Sekcję dla współubezpieczonych wypełnia tylko ubezpieczony podstawowy.	Zaznacz wybrane rozszerzenie			
	Pakiet podstawowy I	**Pakiet podstawowy II**	**Pakiet podstawowy III**	**Pakiet podstawowy IV**
Twoje Zdrowie - usługi medyczne	**Zaznacz, jeśli chcesz dodać współubezpieczonych:** ☐ **41,85 zł** opcja bezpakietowa (za jednego współubezpieczonego)	**Zaznacz, jeśli chcesz dodać współubezpieczonych:** ☐ **86,55 zł** opcja bezpakietowa (za jednego współubezpieczonego)	**Zaznacz, jeśli chcesz dodać współubezpieczonych:** ☐ **133,85 zł** opcja bezpakietowa (za jednego współubezpieczonego)	**Zaznacz, jeśli chcesz dodać współubezpieczonych:** ☐ **202,55 zł** opcja bezpakietowa (za jednego współubezpieczonego)

Uposażeni

Zaznacz wybrane Pakiety dodatkowe - możesz przystąpić do wszystkich pakietów lub do wybranych.

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				%
3				%

RAZEM 100%

wskazujesz dane partnera życiowego, jeśli partner życiowy ubezpieczonego podstawowego (pracownika) chce przystąpić do ubezpieczenia to musi wypełnić swoją deklarację przystąpienia

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 ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL)

Data urodzenia ☐☐-☐☐-☐☐☐☐
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne - jakie: _____

Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika)

sekcję wypełnia i podpisuje ubezpieczony podstawowy (pracownik)

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

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL Data zawarcia związku m
(dotyczy małżonka)

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

Data – –

Podpis ubezpieczonego podstawowego
(pracownika) _____

Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Uwaga – jeżeli przystępujesz jako małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko – przeczytaj dokładnie – to bardzo ważne oświadczenie (Oświdczenie jest zniesione przez pierwsze 3 miesiące od startu umowy)

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

1. Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. 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.
3. 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.
4. 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 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.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Zgody marketingowe

zaznacz check box przy oświadczeniach na które wyrażasz zgodę

ZOBACZ CO ZYSKASZ:

Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

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

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

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 [illegible]żenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisan[illegible]owolne**

wpisanie daty jest niezbędne we wskazanym miejscu

złożenie podpisu jest niezbędne we wskazanym miejscu

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 _____ Pieczątka ubezpieczającego _____ Podpis i pieczątka albo czytelny podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

sekcję wypełnia ubezpieczający na deklaracji ubezpieczonego podstawowego