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.

Grupowe ubezpieczenie **PZU Na Życie Plus** (dla współubezpieczonego w dodatkowym grupowym ubezpieczeniu Twoje zdrowie – usługi medyczne)

zaznacz check box, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia

zaznacz check box, jeśli chcesz zmienić dane

Wypełnij deklarację, jeśli chcesz zostać objęty ubezpieczeniem w zakresie dodatkowego grupowego ubezpieczenia Twoje zdrowie – usługi medyczne. Obejmiemy Cię takim samym zakresem ubezpieczenia, jaki ubezpieczony podstawowy (pracownik) wybrał dla siebie.

☐ **Deklaracja przystąpienia do dodatkowego grupowego ubezpieczenia Twoje zdrowie – usługi medyczne**

Przystępuję jako:

Twoje dane – zaznacz odpowiedni check box

- ☐ Dziecko ubezpieczonego podstawowego (zgodnie z definicją współubezpieczonego)
- ☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ **Deklaracja zmiany danych**

Wypełnij wszystkie dane ubezpieczonego podstawowego, a w przypadku współubezpieczonego 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 ubezpieczonego podstawowego (pracownika)

uzupełnij swoje dane – są one niezbędne

Imię

Nazwisko

PESEL
(uzupełnij, jeśli ubezpieczony podstawowy posiada)

Data urodzenia – –
(uzupełnij, jeśli ubezpieczony podstawowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia
(uzupełnij, jeśli ubezpieczony podstaw

wskazujesz dane współubezpieczonego

Dane współubezpieczonego (małżonka, partnera życiowego, dziecka)

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 dane współubezpieczonego – są one niezbędne w celu kontaktu

Dane kontaktowe współubezpieczonego

E-mail _____ Nr telefonu _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny - jaki: _____

Oświadczenia współubezpieczonego

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. 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 współubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową udostępnia serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz ePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie https://moje.pzu.pl. Korzystanie z mojePZU jest bezpieczonego będącego niepełnoletnim dzieckiem.**

wpisanie daty jest niezbędne we wskazanym miejscu

Data ☐☐–☐☐–☐☐☐☐

złożenie podpisu jest niezbędne we wskazanym miejscu

Podpis współubezpieczonego albo przedstawiciela ustawowego w przypadku niepełnoletniego dziecka _____