



Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
2				<input type="text"/> <input type="text"/> %
3				<input type="text"/> <input type="text"/> %
<b>Razem</b>				<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 %

Oświadczam, że:

1. Chce przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
2. Chce zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
3. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci<sup>1</sup>, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również 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 przewlekłych chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).
5. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ZYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typu P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA, albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy.  
(Proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia)

**Oświadczam, że:**

1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
  - 1) miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokręwna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
  - 2) przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
  - 3) przewlekła obturacyjna choroba płuc;
  - 4) przewlekła niewydolność nerek;
  - 5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
  - 6) cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.
2. W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.

3. 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.

6. ☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. ZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 UZ 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.
7. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE ZU SA, TFI PZU SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 UZ SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
8. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej [https://www.pzu.pl/partnery\\_pzu\\_pomoc](https://www.pzu.pl/partnery_pzu_pomoc)) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
9. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 UZ SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
10. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej [https://www.pzu.pl/partnery\\_pzu\\_pomoc](https://www.pzu.pl/partnery_pzu_pomoc)) informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
11. ☐ 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.
12. ☐ Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przez mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się aktualizować moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
13. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).**
14. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).**

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można 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. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

			-			-			
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

Data (dd-mm-rrrr)

**Podpis osoby przystępującej**

Oświadczam, że:

1. Z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia: DD-MM-RRRR

☐ umowa o pracę   ☐ umowa o dzieło   ☐ umowa zlecenie   ☐ inny \_\_\_\_\_

laki?

- 2. Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia)**

[illegible]

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

[illegible]

Imię ubezpieczonego podstawowego

DD-MM-RRRR |

Data

**Podpis ubezpieczonego podstawowego**

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu 

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**D D-M M-R R R R R**

Data

### Pełne nazwy spółek

Pieczętka i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. <sup>2</sup> Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka. <sup>3</sup> W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).