



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer polisy Dodatkowa Ochrona Zdrowia										Numer polisy Wsparcie Onkologiczne									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia										Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer polisy Dodatkowa Ochrona Życia										Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Życia										Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
Numer polisy PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)																			
<input type="text"/>																			
Numer deklaracji PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)																			

## DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

☐ **DEKLARACJA ZMIANY**

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

**I Dane dotyczące ubezpieczonego** (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

[illegible]

Nazwisko

[illegible]

**Obywatelstwo** ☒ Polskie ☐ Inne

Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>

**Adres do korespondencji**

\_\_\_\_\_

Miejscowość

Ulica  Nr domu  Nr lokalu

Ulica

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

Kod pocztowy

Poczta

[illegible]

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska Inny (nazwa)

## II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki

### Grupowe ubezpieczenie typ P Plus

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
<input type="checkbox"/> 48,00 zł	<input type="checkbox"/> 89,00 zł	<input type="checkbox"/> 107,00 zł	<input type="checkbox"/> 120,00 zł
Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	Wariant VIII
<input type="checkbox"/> 123,00 zł	<input type="checkbox"/> 146,00 zł	<input type="checkbox"/> 175,00 zł	<input type="checkbox"/> 192,00 zł

### **Dodatkowa Ochrona Zdrowia**

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 13,98 zł	<input type="checkbox"/> 24,90 zł

### Dodatkowa Ochrona Życia

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 25,90 zł	<input type="checkbox"/> 39,50 zł

**Pakiet dodatkowy Wsparcie Onkologiczne** (możliwość wyboru obu wariantów)

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia	
	Wariant I ☐ 12,00 zł	Wariant II ☐ 17,00 zł
Śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariantie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego: <ul style="list-style-type: none"> <li>ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia</li> <li>ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia</li> <li>ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia</li> </ul>	25 000 zł	41 000 zł
	10 000 zł	17 000 zł
	3 000 zł	5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	600 zł	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	3 000 zł	5 000 zł

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 6,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,50 zł	<input type="checkbox"/> 14,50 zł

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,00 zł

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł

[illegible]

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %

1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
  - 1) miażdżca, tętniak aorty, zatorowości płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna 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;

Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia) (dd-mm-rrrr)

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego podstawowego

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.

Podpis ubezpieczonego podstawowego

