



Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy PZU W Razie Wypadku


Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku

Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku)



* 9 2 7 8 0 5 0 R L 6 0 1 *

Numer polisy Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer polisy Dodatkowa Ochrona Życia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Życia

Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)

Wpisz numer polisy zgodnie z instrukcją dla Twojego zakładu

☐ **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)

Twoje dane - zaznacz check box *małżonek*

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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

☐ Pan ☐ Pani Imię

Wpisane dane nie mogą wychodzić poza obręb kratki

Imię i nazwisko jest niezbędne, aby zidentyfikować deklarację

Imię i nazwisko jest niezbędne, aby zidentyfikować deklarację

Nazwisko

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo ☒ Polskie ☐ Inne

Kraj stałego

Numer PESEL jest niezbędny, aby zidentyfikować deklarację

Adres do korespondencji

Miejscowość

[illegible]

Ulica

<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">-</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
--	--

Kod pocztowy

Poczta

[illegible]

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska Inny (nazwa)

Kraj ☐ Polska ☐ Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki

Zaznacz wpisując X w pola przy wybranych ubezpieczeniach.

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"> ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia 	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

Możesz przystąpić do wszystkich pakietów dodatkowych lub wybranych.

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"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,00 zł

Pakiet dodatkowy PZU Na Życie Plus Ochrona dla dziecka

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"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pan	Pani	Imię																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nazwisko																													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Data urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)										Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)										PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)									

Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ Inne

UWAGA! Nie uzupełniaj tego pola.

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"/> %
2				<input type="text"/> <input type="text"/> %
3				<input type="text"/> <input type="text"/> %
<div> <div></div> <div>Podaj dane osób, które chcesz uposażyć</div> </div>				Razem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %

Oświadczam, że:

1. **Chcę zostać objęty/a ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.**
2. **W razie wystąpienia zdarzenia upoważnam kierownika wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci², 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 upoważnam 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.**
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 (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).**

4. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIEGO DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typu P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych i pakietów dodatkowych PZU Na Życie Plus, 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 przekraczać 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 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;

- 5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 6) cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciążowych), 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 przystąpasz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.
5. ☐ 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 określania preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawiania odpowiedniej oferty.
 6. ☐ 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).
 7. ☐ 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).
 8. ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, których nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

UWAGA! Przeczytaj dokładnie, to bardzo ważne oświadczenie ubezpieczeniem tym wiadomości

SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

10. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawa wycofania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, Pani/Pan prawo jej wycofania ma wpływając e-mail na adres: biuro@kancelaria.kancelaria.pl lub telefonicznie na numer 02-676 Warszawa. Wycofanie dokonane na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

□□-□□-□□□□
Data (dd-mm-rrrr)

.....
Podpis osoby przystępującej

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

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

Data (dd-mm-rrrr)

W tym miejscu podpisuje się ubezpieczony podstawowy

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Podpis ubezpieczonego podstawowego

Podpis ubezpieczonego podstawowego

VII Wypełnia ubezpieczający

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 (dd-mm-rrrr) --⁴--
Data (dd-mm-rrrr)

Pieczeń ubezpieczającego

Pieczątko i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Pełne nazwy spółek

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. Żubra 1, 01-066 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

¹Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.²Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.³W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).⁴Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli dek larację składa ubezpieczony bliski.