



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 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) ← — — — — Twoje dane - zaznacz check box ubezpieczony podstawowy

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

Nazwisko Imię i nazwisko jest niezbędne, aby zidentyfikować deklarację

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 Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta Telefon kontaktowy E-mail

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

[illegible]

UWAGA! Wskazujesz swojego partnera życiowego. Jeśli Twój partner życiowy chce przystąpić do ubezpieczenia musi wypełnić swoją deklarację.

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 uposażać</div> </div>				Razem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %

- 5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
- 6) cukrzyca (z włączeniem 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, nerk, 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.

UWAGA! Przeczytaj dokładnie, to bardzo ważne oświadczenie

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 otrzymywać 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.

ubezpieczeniem tym wiadomości

W zakresie, w jakim podstawowa umowa przewiduje, że Pani/Pan dwóch osobom jest potrzebna, to załącznik nr 1 musi być złożony w dwóch egzemplarzach. Złożenie podpisu jest niezbędne. Podpis musi być złożony w obrębie wskazanego pola

Złożenie podpisu jest niezbędne.
Podpis musi być złożony w obrębie wskazanego pola

↓

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

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Data (dd-mm-rrrr)

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.