



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)

Numer polisy Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer polisy Dodatkowa Ochrona Życia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Życia

Numer polisy PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)

Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA**☐ **DEKLARACJA ZMIANY**

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

**I Dane dotyczące ubezpiezonego** (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)Twoje dane - zaznacz check box partner  
życiowy**Przystępuję jako:** ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpiezonego podstawowego ☐ dziecko ubezpiezonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpiezonego 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

Pocztą

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 <input type="checkbox"/> 12,00 zł	Wariant II <input type="checkbox"/> 17,00 zł
Śmierć ubezpiezonego	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 10 000 zł 3 000 zł	41 000 zł 17 000 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

### Pakiet dodatkowy PZU Na Życie Plus Wsparcie po wypadku

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

### Pakiet dodatkowy PZU Na Życie Plus Wsparcie dla rodziny

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

▶ **III Partner życiowy** (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

[illegible]

**Obywatelstwo** ☐ Polskie ☐ Inne

Podaj dane Twojego partnera życiowego

**IV Uposażeni** (w przypadku nie wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

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"/> %
<div> <div>Podaj dane osób, które chcesz uposażyć</div> <div>Razem</div> </div>				<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 %

Podaj dane osób, które chcesz uposażyć

## V Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- 1. Chcę zostać objętą ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.**
- 2. 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>2</sup>, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazywania 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 przekazywania 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 przewlekłe 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 PEŁNOLETNIE 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 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) miażdżycę, 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) przewlekłą obturacyjną chorobę płuc;
  - 4) przewlekłą 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, 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.

5. ☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z grupy TU SA, 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 promowanie i sprzedaż produktów ubezpieczeniowych 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, kiedy nie będę posiadał ubezpieczenia w tej firmie.

**UWAGA! Przeczytaj dokładnie, to bardzo ważne oświadczenie**

10. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonej mi dokumentacji Informacja Administratora danych osobowych.**

W zakresie, w jakim podstawa wycofania Pani/Pana danych osobowych jest zgodna z Pani/Pan prawem jej wycofanie lub wysyłając e-mail na adres 02-676 Warszawa. Wycofanie dokonane na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Złożenie podpisu jest niezbędne.

Podpis musi być złożony w obrębie wskazanego pola

□□-□□-□□□□  
Data (dd-mm-rrrr)

▶ VI Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego – proszę wypełnić na deklaracji ubezpieczonego bliskiego, gdy przystępuje on do ubezpieczenia

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

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego	PESEL ubezpieczonego podstawowego
Imię ubezpieczonego podstawowego	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">W tym miejscu podpisuje się ubezpieczony podstawowy</div>
Data (dd-mm-rrrr)	Podpis ubezpieczonego podstawowego

Podpis ubezpieczonego podstawowego

To pole należy wypełnić podając dane  
Twojego partnera życiowego

VII Wypełnia ubezpieczający

Te pola wypełnia zakład pracy.

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) --<sup>4</sup>

--

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka 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

<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).  
<sup>4</sup>Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli dek larację składa ubezpieczony bliski.