



Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy PZU W Razie Wypadku

Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku

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 Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia

Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku)

Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)

Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)

Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

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 ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Twoje dane - zaznacz check box dziecko

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 (dd-mm-rrrr)

(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"/> 98,00 zł	<input type="checkbox"/> 107,00 zł
Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	Wariant VIII
<input type="checkbox"/> 123,00 zł	<input type="checkbox"/> 124,00 zł	<input type="checkbox"/> 146,00 zł	<input type="checkbox"/> 147,00 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 ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariantie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego: • 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
	600 zł	1 000 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

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)

⁴

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	Powszechnie 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 deklarację składa ubezpieczony bliski.