



<input type="text"/> Numer polisy typ P Plus <input type="text"/>	 * 9 2 7 8 0 5 0 R L 5 0 1 *	Wpisz numer polisy zgodnie z instrukcją dla Twojego za... <input type="text"/>
Numer deklaracji typ P Plus <input type="text"/>		
<input type="text"/> Numer polisy PZU W Razie Wypadku <input type="text"/>	<input type="text"/> Numer polisy Dodatkowa Ochrona Zdrowia <input type="text"/>	<input type="text"/> Numer polisy Wsparcie Onkologiczne <input type="text"/>
Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku <input type="text"/>	Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia <input type="text"/>	Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne <input type="text"/>
<input type="text"/> Numer polisy Dodatkowa Ochrona Życia <input type="text"/>	Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku) <input type="text"/>	Numer polisy Wsparcie Onkologiczne <input type="text"/>
Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Życia <input type="text"/>	Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie po wypadku) <input type="text"/>	Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne <input type="text"/>
<input type="text"/> Numer polisy PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka) <input type="text"/>	Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny) <input type="text"/>	
Numer deklaracji PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka) <input type="text"/>	Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny) <input type="text"/>	

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 (prosze o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Twoje dane - zaznacz odpowiedni check box

Przystępuje jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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

<input type="checkbox"/> Pan	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Polskie <input type="checkbox"/> Inne				

Adres do korespondencji

Miejscowość									
Ulica									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Kod pocztowy						Pocza			
<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"/>
Telefon kontaktowy						E-mail			
Kraj	<input type="text"/>	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="text"/> 13,98 zł	<input type="text"/> 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	25 000 zł	41 000 zł
• ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia	10 000 zł	17 000 zł
• ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia	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

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)

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

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.