


Numer polisy PZU Na Życie Plus (uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)		 * 9 A 3 0 0 1 F A U R 0 1 *	
Numer deklaracji PZU Na Życie Plus			
Numer polisy (Wsparcie dla Twojego Serca) (uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)	Numer polisy (Ochrona dla dziecka) (uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)	Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu) (uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)	
Numer deklaracji (Wsparcie dla Twojego Serca)	Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)	Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu)	



UZUPEŁNIA  
PRACODAWCA

## Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus i pakiety dodatkowe

### ☒ Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)  
☐ Pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego podstawowego  
☒ Małżonek ubezpieczonego podstawowego  
☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

### ☐ Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia, a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Nazwa ubezpieczającego (zakładu pracy):

- ☐ Faurecia Automotive Polska S.A.  
☐ Faurecia Gorzów S.A.  
☐ Faurecia Wałbrzych S.A.  
☐ Faurecia R&D Center S.A.

WYBIERZ WŁAŚCIWY ZAKŁAD PRACY

ID pracownika \_\_\_\_\_

UZUPEŁNIJ ID PRACOWNIKA

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami    2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach    3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

UZUPEŁNIJ SVOJE DANE - SĄ ONE NIEZBĘDNE

### Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Imię **JAN**  
 Nazwisko **NOWAK**  
 Płeć: ☐ kobieta ☒ mężczyzna    PESEL **7 1 0 3 2 3 5 3 1 9 2**    Data urodzenia \_\_\_\_\_  
 (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)    (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Obywatelstwo ☒ polskie i/albo ☐ inne – jakie: \_\_\_\_\_  
 (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Kraj stałego zamieszkania \_\_\_\_\_  
 (uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

UZUPEŁNIJ SVOJE DANE - SĄ ONE  
NIEZBĘDNE W CELU KONTAKTU

### Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail **J.NOWAK@GMAIL.COM**    Nr telefonu **111 222 777**  
 Ulica **AKACJOWA**    Nr domu **14 A**    Nr mieszkania **1**  
 Miejscowość **GORZÓW WIELKOPOLSKI**    Kod pocztowy **66-400**    Poczta **GORZÓW WIELKOPOLSKI**  
 Kraj ☒ Polska    ☐ inny – jaki: \_\_\_\_\_

## 2/4

przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzieli mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także 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. Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
4. **Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:**
- 1) nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo
  - 2) byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
  - 3) byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony (proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).

Oświadczam, że:

- a) Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,
  - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,
  - przewlekła obturacyjna choroba płuc,
  - przewlekła niewydolność nerek,

- alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,
  - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,
- b) W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- c) 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 przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.

Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

5. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego Serca:

Oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, wylewem, otyłością, cukrzycą;
- 2) W ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/em się z powodu chorób wymienionych w pkt. 1) powyżej.

6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:

Oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
- 2) W ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/em się z powodu choroby nowotworowej.

7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

**ZAZNACZ ZGODY**

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.	
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	<input checked="" type="checkbox"/>	8. 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 określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	<input checked="" type="checkbox"/>	9. 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).
Zadzwońmy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.	<input checked="" type="checkbox"/>	10. 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).
Dowiedz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	<input checked="" type="checkbox"/>	11. 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 posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

#### Informacje

1. Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.
2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową udostępnił serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Data

Podpis osoby przystępującej

**UZUPEŁNIJ DATĘ BIEŻĄCĄ**

**KONIECZNIE PODPISZ  
SWOJĄ DEKLARACJĘ**

**Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (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 --

--

Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęćka ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęćka albo czytelny podpis  
osoby obsługującej ubezpieczenie