



\* D I N 1 0 0 0 0 0 0 1 \*



9 4 0 4 9 1 6 1 8

PZU Na Życie Plus - Numer polisy

9 4 0 4 9 1 6 7 6

W Razie Wypadku - zakres  
podstawowy i rozszerzony - Numer  
polisy

9 4 0 4 9 1 6 6 3

Wsparcie po wypadku - Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

9 4 0 4 9 1 6 5 0

Wsparcie dla rodziny - Numer polisy

9 4 0 4 9 1 6 4 7

Wsparcie dla Twojego serca - Numer  
polisy

9 4 0 4 9 1 6 3 4

Wsparcie w razie nowotworu - Numer  
polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

9 4 0 4 9 1 6 2 1

Ochrona dla dziecka - Numer polisy

9 4 0 4 9 1 6 8 9

Karta lekowa Recepta na Twoje  
Zdrowie - Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Powyższe pola uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie.

## 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.

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

### Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Imię J A N

Nazwisko K O W A L S K I

Płeć: ☐ kobieta ☒ mężczyznaPESEL 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1  
(uzupełnij, jeśli posiadasz)Data urodzenia 1 1 - 1 1 - 1 9 8 8  
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)Miejsce urodzenia POZNAŃ  
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)Obywatelstwo ☒ polskie i/albo ☐ inne - jakie:Kraj stałego zamieszkania POLSKA  
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

E-mail

JANKOWALSKI@KOWALSKI.PL

Nr telefonu

111 000 111

Ulica

WIOSENNA

Nr domu

12A

Nr mieszkania

6

Miejscowość

POZNAŃ

Kod pocztowy

61-100

Pocztą

POZNAŃ

Kraj

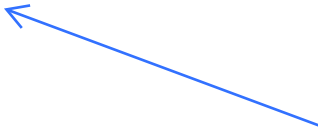
☒ Polska ☐ inny - jaki:

Wariant ubezpieczenia

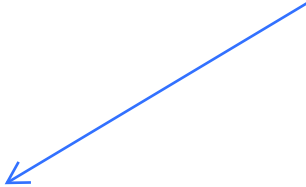
 Informacje o pakietach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

Wybieram zakres ubezpieczenia:	
	<b>Pakiet podstawowy I</b>
Ubezpieczenie dla:	ubezpiezonego podstawowego oraz ubezpiezonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka
Ubezpieczenie PZU Na Życie Plus	<input checked="" type="checkbox"/> 60,00 zł PZU Na Życie Plus (Wariant I): 60,00 zł
Rozszerzam o pakiety dodatkowe:	
<p>*Uwaga</p> <p>Przystąpienie do pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego serca, Wsparcie w razie nowotworu wymaga złożenia dodatkowego oświadczenia, które jest w sekcji z oświadczeniami. Jeśli nie możesz złożyć oświadczenia, to nie wybieraj tego pakietu dodatkowego.</p> <p>Sekcję dla współubezpieczonych wypełnia tylko ubezpieczony podstawowy.</p>	
	<b>Pakiet podstawowy I</b>
W PZU Wypadku - zakres podstawowy i rozszerzony	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<input type="checkbox"/> 6,50 zł
Wariant II	<input type="checkbox"/> 12,00 zł
Wsparcie po wypadku	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<input type="checkbox"/> 6,00 zł
Wariant II	<input type="checkbox"/> 10,50 zł
Wariant III	<input type="checkbox"/> 14,50 zł
Wsparcie dla rodziny	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<input type="checkbox"/> 5,00 zł
Wariant II	<input type="checkbox"/> 10,00 zł
Wariant III	<input type="checkbox"/> 15,00 zł
Wsparcie dla Twojego serca	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<input type="checkbox"/> 10,00 zł
Wariant II	<input type="checkbox"/> 20,00 zł
Wariant III	<input type="checkbox"/> 30,00 zł
Wsparcie w razie nowotworu	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<input type="checkbox"/> 11,00 zł
Wariant II	<input type="checkbox"/> 21,00 zł

Zaznacz "x" przy wariacie podstawowym




Zaznacz "x" przy wybranych przez Ciebie wariantach dodatkowych



Pakiet podstawowy I	
Wariant III	<input type="checkbox"/> 31,00 zł
Wariant IV	<input type="checkbox"/> 47,00 zł
<b>Ochrona dla dziecka</b>	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> 11,00 zł
Wariant II	<input type="checkbox"/> 15,00 zł
Wariant III	<input type="checkbox"/> 23,00 zł
Wariant IV	<input type="checkbox"/> 35,00 zł
<b>Karta lekowa Recepta na Twoje Zdrowie</b> (poziom współpłacenia za leki na receptę – 80%)	<b>Wybierz jeden wariant:</b>
Wariant I	<input type="checkbox"/> 7,30 zł za ubezpieczonego
	<b>Zaznacz, jeśli chcesz dodać współubezpieczonych:</b>
	<input type="checkbox"/> 7,05 zł za jednego współubezpieczonego


Zaznacz "x" przy wybranych przez Ciebie wariantach dodatkowych

## Uposażeni

 Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię/ Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1	ANNA KOWALSKA	11111111111		<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> %
2	ADAM KOWALSKI	22222222222		<input type="text" value="5"/> <input type="text" value="0"/> %
3				<input type="text"/> <input type="text"/> %
				<b>RAZEM 100%</b>

## Dane partnera życiowego

 Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL   
(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL)

Data urodzenia   
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia \_\_\_\_\_ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne - jakie: \_\_\_\_\_

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Wpisz dane partnera życiowego jeżeli jesteś w związku nieformalnym.  
Jeżeli jesteś w związku małżeńskim pozostaw nieuzupełnione pola.

## Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika)

 W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

PESEL   
(dotyczy małżonka)

Data zawarcia związku małżeńskiego   
(dotyczy małżonka)

Data  Podpis ubezpieczonego podstawowego \_\_\_\_\_  
(pracownika)

Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

1. Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została 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 świadczących, którzy udzielili 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 przewlekłych 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) albo 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,
  - premijające 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 ciążowych), 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 ostatnich 12 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia w związku z: wadami serca, wadami zastawek serca, udarem mózgu/wylewem krwi do mózgu, zawałem serca, kardiomiopatią, operacją naczyń wieńcowych lub aorty, tętniakiem aorty, transplantacją mięśnia sercowego, chorobą niedokrwienną serca/chorobą wieńcową, miażdżycą, zapaleniem naczyń, zaburzeniami rytmu serca/niewydolnością serca, chorobami osierdzia lub wsierdzia, zakrzepicą żył głębokich, zatorowością płucną, otyłością (BMI powyżej 35), cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciążowej);
- 2) w ciągu ostatnich 3 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/em się z powodu chorób wymienionych w punkcie 1 powyżej.
6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:
- Oświadczam, że:
- 1) w ostatnich 6 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z podejrzeniem nowotworu lub stanu przednowotworowego;
- 2) nie jestem w trakcie i nie oczekuję na diagnostykę medyczną nowotworu lub stanu przednowotworowego.
7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonem mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Zgody marketingowe

<b>ZOBACZ CO ZYSKASZ:</b>	Wstaw <b>X</b> w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	<input type="checkbox"/> 1. 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 type="checkbox"/> 2. 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 type="checkbox"/> 3. 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).
Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	<input type="checkbox"/> 4. 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.

Nazwy i adresy spółek, których nazwy występują w treści zgód marketingowych

Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
Link4 TU SA	Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa

#### 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 udostępnia 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.

Wpisz datę wypełnienia deklaracji

Data 15-03-2026

Podpis osoby przystępującej

Mack

#### Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (zakład pracy)

Pamiętaj o podpisaniu deklaracji

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

\_\_\_\_\_  
Pieczęć ubezpieczającego

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