

Numer polisy

Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA 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 (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowegoPan ☐ Pani ☐ Imię

Nazwisko

D D - M M - R R R R R

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ InneKraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Pocztą

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska ☐ Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

7,20 zł

zł

III Uposażeni

Oświadczam, że jako uposażonych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości kwoty odprawy pośmiertnej (lub niższej, jeżeli przysługujące od PZU Życie SA świadczenie będzie niższe, niż odprawa pośmiertna przysługująca zgodnie z art. 93 Kodeksu pracy) wyznaczam osoby uprawnione do otrzymania odprawy pośmiertnej, zgodnie z art. 93 Kodeksu pracy. Jednocześnie upoważniam Pracodawcę do przekazania PZU Życie SA informacji o danych osób uprawnionych do otrzymania odprawy pośmiertnej, wraz z podaniem wysokości należnego im świadczenia. Jako uposażonych do otrzymania części świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego pozostałej po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, wskazanych w art. 93 Kodeksu pracy, wskazuję:

| Lp. | Nazwisko i imię / Nazwa | Data i miejsce urodzenia / REGON | Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym | % świadczenia |
|-------|-------------------------|----------------------------------|--|---------------|
| 1 | | | | % |
| 2 | | | | % |
| 3 | | | | % |
| Razem | | | | % |

W przypadku niewskazania uposażonych, część świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego pozostała po zaspokojeniu roszczeń osób uprawnionych do wysokości kwoty odprawy pośmiertnej, wskazanych w art. 93 Kodeksu pracy, przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

D D - M M - R R R R R

Data

Podpis osoby przystępującej

IV Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

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. 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 dzieci², w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazania 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 przekazania 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 przewlekle 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). Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

4. Dodatkowo oświadczam dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, i PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, 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) miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość 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) przewlekła obturacyjna choroba płuc;

4) przewlekła 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, 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. ☐ ³ 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 przedstawiania odpowiedniej oferty.

6. ☐ 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 środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

7. ☐ 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).

8. ☐ ³ 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.

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

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.

DD-MM-RRRRR

Data

Podpis osoby przystępującej

V 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-RRRRR

DD-MM-RRRRR

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

DD-MM-RRRRR

Imię ubezpieczonego podstawowego

DD-MM-RRRRR

Data

DD-MM-RRRRR

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Podpis ubezpieczonego podstawowego

(tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

VI Wypełnia ubezpieczający

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-RRRRR

⁴

DD-MM-RRRRR

Data

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.

PZUŻ 9280/6/WINK 2/2