



* 9 A 3 1 0 1 Z D R O 0 1 *



Numer polisy

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji

Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus

Ubezpieczenie jest oferowane na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332 a PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705.

☐ Deklaracja przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

dla _____ (dalej Klub)

(nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy)

i ubezpieczenia PZU Na Życie Plus

Przystępuję jako:

☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

☐ Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego), 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 Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

Imię

Nazwisko

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL

(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie:

Kraj stałego zamieszkania

(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)



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

E-mail

Nr telefonu

Ulica

Nr domu Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki:

Wariant ubezpieczenia



1. Informacje o wariantach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.
2. Sekcję Twoje zdrowie – usługi medyczne dla współubezpieczonych wypełnia tylko ubezpieczony podstawowy.

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką _____ zł (wariant: _____ – jeżeli w ofercie jest kilka wariantów)

Wybieram opcje dodatkowe:



Twoje zdrowie – usługi medyczne dla współubezpieczonych

☐ pakiet partnerski ze składką _____ zł

☐ pakiet rodzinny ze składką _____ zł

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				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
2				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
3				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> %
				RAZEM 100%

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

Data urodzenia

(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika – członka Klubu)



Tę część wypełnia pracownik – członek Klubu (ubezpieczony podstawowy) – zarówno na swojej deklaracji, jak i na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Oświadczam, że z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny – jaki: _____

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego _____

(pracownika)

Oświadczenia osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

1. **Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.**

2. **Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.**

3. 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 badań 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 świadczeniodawców, 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.

4. **W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.**

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

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

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.

Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

☐

7. 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.

☐

8. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Pomoc SA moich danych osobowych podmiotom z Grupy PZU, tj.: PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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.

☐

9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA, oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

☐

10. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc) informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

Oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu.

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

☐

11. 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).

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.

☐

12. 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).

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.

☐

13. 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.

Sposób dostarczenia dokumentacji i informacji o ubezpieczeniu

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Informacje o swoim ubezpieczeniu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

☐

Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

14. Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

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. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Informacje

- 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.
- PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępniła serwis mojePZU. Po przystąpieniu do (umowy) grupowego ubezpieczenia ubezpieczony otrzyma jednorazowe hasło oraz login do mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Jednorazowe hasło wygasa po 3 dniach od jego otrzymania. Po wygaśnięciu jednorazowego hasła 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

Informacja dotycząca przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu – wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

Data

Podpis i pieczęć albo czytelny podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu