

numer polisy jest niezbędny



PZU Na Życie Plus – Numer polisy

Wsparcie w razie nowotworu
– Numer polisyWsparcie dla Twojego serca
– Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Wsparcie dla rodziny
– Numer polisy

Ochrona dla dziecka – Numer polisy

Numer deklaracji

Numer deklaracji

Powyższe pola uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie.

zaznacz check box, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia

Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus i pakiety dodatkowe

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 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705.

zaznacz check box, jeśli chcesz zmienić dane

Deklaracja przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

dla Szkoły Główniej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (dalej Klub)
(nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy)

i ubezpieczenia PZU Na Życie Plus

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 Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego), a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Twoje dane – zaznacz odpowiedni check box

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 swoje dane – są one niezbędne

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

☐ polskiei/albo ☐ inne – jakie:

Kraj stałego zamieszkania

(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

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

E-mail

Nr telefonu

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

Kraj

Polska

inny – jaki:

Wariant ubezpieczenia

i

Informacje o pakietach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

Wybierz zakres ubezpieczenia - jeden Pakiet podstawowy oraz dowolne Pakiety dodatkowe (możesz wybrać dowolną liczbę)

Wybieram zakres ubezpieczenia:

	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III	Pakiet podstawowy IV
Ubezpieczenie dla:	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka
Ubezpieczenie PZU Na Życie Plus	<div><input type="checkbox"/> 65,00 zł</div> <div>PZU Na Życie Plus (Wariant I): 65,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 80,00 zł</div> <div>PZU Na Życie Plus (Wariant II): 80,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 81,00 zł</div> <div>PZU Na Życie Plus (Wariant III): 81,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 114,00 zł</div> <div>PZU Na Życie Plus (Wariant IV): 114,00 zł</div>

Rozszerzam o pakiety dodatkowe:

*Uwaga

Przystąpienie do pakietu dodatkowego 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. Sekcję dla współubezpieczonych wypełnia tylko ubezpieczony podstawowy.

	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III	Pakiet podstawowy IV
Wsparcie w razie nowotworu	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	
Wariant I	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>
Wariant II	<div><input type="checkbox"/> 21,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 21,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 21,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 21,00 zł</div>
Wariant III	<div><input type="checkbox"/> 31,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 31,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 31,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 31,00 zł</div>
Wariant IV	<div><input type="checkbox"/> 47,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 47,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 47,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 47,00 zł</div>
Wsparcie dla Twojego serca	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	
Wariant I	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>
Wariant II	<div><input type="checkbox"/> 20,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 20,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 20,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 20,00 zł</div>
Wariant III	<div><input type="checkbox"/> 30,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 30,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 30,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 30,00 zł</div>
Wsparcie dla rodziny	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<div><input type="checkbox"/> 5,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 5,00 zł</div>
Wariant II	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 10,00 zł</div>
Wariant III	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>
Ochrona dla dziecka	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 11,00 zł</div>
Wariant II	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 15,00 zł</div>
Wariant III	<div><input type="checkbox"/> 23,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 23,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 23,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 23,00 zł</div>
Wariant IV	<div><input type="checkbox"/> 35,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 35,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 35,00 zł</div>	<div><input type="checkbox"/> 35,00 zł</div>

podaj dane osób, które chcesz uposażyć – wpisz wszystkie osoby zarówno na deklaracji przystąpienia jak i na deklaracji zmiany danych

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1				<div><div></div><div></div><div></div></div> %
2				<div><div></div><div></div></div> %
3				<div><div></div><div></div></div> %

RAZEM 100%

Nie wypełniaj tej sekcji

sekcję wypełnia i podpisuje ubezpieczony podstawowy (pracownik)

- 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.
6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego serca:
- Oświadczam, że:
- 1) w ostatnich 12 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań prądotętnych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia w związku z: wadami serca, wadami zastawek serca, udarem mózgu/wylewem krwi do mózgu, zawalem serca, kardiomiopatią, operacją naczyń wieńcowych lub aorty, tętniakiem aorty, transplantacją mięśnia sercowego, chorobą niedokrwinną serca/chorobą wieńcową, miażdżycą, zapaleniem naczyń, zaburzeniami rytmu serca/niewydolnością serca, chorobami osierdza lub wsierdza, zakrzepicą żył głębokich, zatorowością płucną, otyłością (BMI powyżej 35), cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciężłowej);

zaznacz check box przy oświadczeniach na które wyrażasz zgodę

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 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 prawnie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawiania 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).
Zadzwonimy 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 posiadał ubezpieczenia w t

- 2) w ciągu ostatnich 3 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłam/em się z powodu chorób wymienionych w punkcie 1 powyżej.
 7. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:
- Oświadczam, że:
- 1) w ostatnich 6 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań prądotętnych), 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.
 8. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonem mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).
 9. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonem mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).

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

☐

5. 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 prawnie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawiania odpowiedniej oferty.

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

☐

6. 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).

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

☐

7. 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).

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

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.

złożenie podpisu jest niezbędne we wskazanym miejscu

Data

Podpis osoby przystępującej

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

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

sekcję wypełnia ubezpieczający na deklaracji ubezpieczonego podstawowego

Data

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