

Nr polisy jest niezbędny, aby zidentyfikować deklarację

7 1 8 2 0 0 2 0 0

Numer polisy

12

Numer deklaracji



* 9 2 7 8 0 5 0 1 *



Zaznacz check box, gdy chcesz zmienić dane osobowe lub uposażonych

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) Twoje dane - zaznacz odpowiedni check box

Przystępuję jako: ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

A N N A Wpisane dane nie mogą wychodzić poza obręb kratki

K O W A L S K A Imię i nazwisko jest niezbędne, aby zidentyfikować deklarację

0 7 - 0 9 - 1 9 7 0 WARSZAWA 7 0 0 9 0 7 1 6 7 6 5

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

WARSZAWA

Miejscowość

PROSTA 1 3 1

Ulica Nr domu Nr lokalu

0 0 - 3 0 0 WARSZAWA

Kod pocztowy Poczta

5 5 5 6 6 6 7 7 AKOWALSKA@OP.PL

Telefon kontaktowy E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

64 zł Jeżeli oferta zawiera dodatkowo ubezpieczenia Assistance, zdecyduj czy chcesz do nich przystąpić, zaznaczając odpowiedni check box

III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Doraźna Ochrona Medyczna zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę) Wskazujesz dane Twojego partnera życiowego. Jeżeli partner chce również przystąpić do ubezpieczenia - musi wypełnić swoją deklarację

A D A M

N O W A K

1 6 - 1 0 - 1 9 7 0 WARSZAWA 7 0 1 0 1 6 0 8 7 7 7

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Podpis Twojego partnera życiowego
Podpis partnera życiowego

V Uposażeni (w przypadku nie wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1	NOWAK ADAM	16.10.1970 WARSZAWA	00-300 WARSZAWA, UL. PROSTA 13/1	1 0 0 %
2				%
3				%
Razem				1 0 0 %

Podaj dane osób, które chcesz uposażyć

Oznacz w check boxach oświadczenia, na które wyrażasz zgodę

VI Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- Zgadzam się* na założenie przez PZU Życie SA dedykowanego konta elektronicznego (trwały nośnik), na które mogą otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz poprzez które mogą zawierać lub przystępować do innych umów ubezpieczenia. Zapoznałam/em się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną i akceptuję jego treść. Zgadzam się na otrzymywanie powiadomień o zmianach zawartości konta za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail).
- * W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X.
- 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 i rokowań, 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 udzielił 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.
- Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę PZU Zdrowie SA, oraz dalsze przekazanie tych danych własnym lub współpracującym placówkom medycznym w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych³.
- 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).
- Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO 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:

- Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
 - miażdżycy, tętniaka 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;
 - przewłękła obturacyjna choroba płuc;
 - przewłękła 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.
- W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.
- 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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zawartych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – w celu przystąpienia oraz wykonywania umowy ubezpieczenia, a także przekazania PZU Życie SA przez placówki służby zdrowia, lekarzy lub przeze mnie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.
- 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.
- ¹ 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).
- ¹ 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).
- ¹ 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 tej firmie.
- ¹ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem 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, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można 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. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

0 5 - 0 5 - 2 0 1 9

Data

Złożenie podpisu jest niezbędne. Podpis musi być złożony w obrębie czerwonego pola

Podpis osoby przystępującej

VII 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-RRRR

Grid for name of insured person

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Grid for PESEL of insured person

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

DD-MM-RRRR

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego (tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

VIII Wypełnia ubezpieczający

Sekcję VIII uzupełnia Twój pracodawca

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 0 1 - 0 9 - 2 0 0 9⁵

Pole uzupełnianie jest tylko wtedy, gdy obsługa prowadzona jest przez OZP. Podpis i pieczętkę składa pracownik zakładu pracy obsługujący ubezpieczenie.

1 0 - 0 5 - 2 0 1 9

Data

Konieczna pieczętka zakładu pracy

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 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. Grzybowska 53/57, 00-950 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. ³Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieką Medyczną. ⁴W przypadku zgody proszę wstawić X w polu (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ⁵Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.