

Numer polisy

Numer deklaracji



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

(proszę zakreślić odpowiednie pole)

 pracowniczego typ P Plus    na życie typ P    na życie Pełnia Życia

### I UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

 zmiany zakresu ubezpieczenia    zmiany danych ubezpieczonego    zmiany uposażonych (unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV)

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)

 osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym (np. pracownik)    małżonek bądź dziecko nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym

 Pani    Pan

 -  -   
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Miejsce urodzenia

Nazwisko

Imię

PESEL

Obywatelstwo:    polskie    Inne

Inne

Kraj stałego zamieszkania <sup>1)</sup>

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

<sup>1)</sup> proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.II. Łączna wysokość składek  złWysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto  zł <sup>2)</sup>

Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

<sup>2)</sup> proszę wypełnić w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Pełnia Życia tylko wówczas, gdy suma ubezpieczenia określana jest jako wielokrotność miesięcznego wynagrodzenia brutto. Zmiana wysokości wynagrodzenia nie powoduje zmiany wysokości sumy ubezpieczenia

### III. Assistance

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Doraźna Ochrona Medyczna

Wybieram  zakres podstawowy (ubezpieczony)    zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. **801 102 102**.

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy bądź do grupowego ubezpieczenia zagranicznej konsultacji medycznej

Wybieram  zakres podstawowy (ubezpieczony)    zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony).

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA oraz przekazanie ich do państwa trzeciego celem realizacji umowy.

W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. **22 575 97 97** – dotyczy tylko świadczeń Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego w ramach ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy.

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia

Wybieram  dodatkowe grupowe ubezpieczenie Asystent w czasie utraty zdrowia (dotyczy wyłącznie osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus)W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. **801 102 102**.

IV. 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.				<input type="text"/> %
2.				<input type="text"/> %
3.				<input type="text"/> %
4.				<input type="text"/> %
<b>Razem</b>				<b>100 %</b>

## V. Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenie ubezpieczonego (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia.
- Dla potrzeb oceny ryzyka i ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia / stanu zdrowia mojego dziecka<sup>3)</sup>.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na udostępnianie danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę\* na udostępnienie moich danych osobowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA w celu oferowania przez te podmioty rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.  
\* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x.
- W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

\_\_\_\_\_   
 Miejsowość

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_   
 Podpis ubezpieczonego

<sup>3)</sup> dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko

<sup>4)</sup> proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

## VI. Oświadczenie płatnika składki (proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko)

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:  małżonka  dziecka

\_\_\_\_\_   
 Nazwisko płatnika

\_\_\_\_\_   
 Imię płatnika

\_\_\_\_\_  
 PESEL płatnika

Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym  
(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia  
(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_   
 Podpis płatnika

## VII. Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

umowa o pracę  umowa o dzieło  umowa zlecenie  inny \_\_\_\_\_   
 Jaki

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ <sup>5)</sup>   
 Data (dd-mm-rrrr)

<sup>5)</sup> dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko

w załączeniu dotychczasowe deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_   
 Pieczęć ubezpieczającego

\_\_\_\_\_   
 Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

\_\_\_\_\_

## VIII. Wypełnia PZU Życie SA

\_\_\_\_\_   
 Nr jednostki

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_   
 Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

## IX. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia \_\_\_\_\_ wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia \_\_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_   
 Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_   
 Podpis ubezpieczonego