

Numer polisy

Numer deklaracji



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

(proszę zakreślić odpowiednie pole)

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 w części V)

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 nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym  
 dziecko nie pozostające w stosunku prawnym z ubezpieczającym  partner życiowy nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym

Pani  Pan Data urodzenia [DD] - [MM] - [RR][RR][RR] Miejsce urodzenia

Nazwisko Imię PESEL

Obywatelstwo:  polskie  inne: Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>

Adres do korespondencji: Ulica Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość Poczta

Telefon kontaktowy E-mail Kraj:  Polska  inny: Nazwa

II Łączna wysokość składek zł

Wysokość 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).

### III Assistance

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Doraźna Ochrona Medyczna

Wybieram  zakres podstawowy (ubezpieczony)  zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

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 współubezpieczeni)

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 typ P Plus)

W celu realizacji świadczeń Assistance proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102 (nie dotyczy świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej)

### IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pani  Pan Data urodzenia [DD] - [MM] - [RR][RR][RR] Miejsce urodzenia

Nazwisko Imię PESEL

Obywatelstwo:  polskie  inne: 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
				[ ] [ ] [ ] %
				[ ] [ ] [ ] %
				[ ] [ ] [ ] %
				[ ] [ ] [ ] %
Razem				1 0 0 %

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

<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.

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

Oświadczam, że:

- Otrzymałam/em i zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających lub wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, 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.
- 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 innym ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013 poz. 950).
- 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. Konstruktorskiej 13, 02-673 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. Konstruktorskiej 13, 02-673 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 przewlekle 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.

DD - MM - RRRR

Data

\_\_\_\_\_

Podpis ubezpieczonego

## VII Oświadczenie płatnika składki (proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko albo partner życiowy)

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:

- małżonka     dziecka     partnera życiowego

\_\_\_\_\_

Nazwisko płatnika

\_\_\_\_\_

Imię płatnika

PESEL płatnika

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

DD - MM - RRRR

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

DD - MM - RRRR

DD - MM - RRRR

Data

\_\_\_\_\_

Podpis płatnika

## VIII 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

DD - MM - RRRR<sup>5</sup>

- w załączeniu dotychczasowa/e deklaracja/e nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę)

\_\_\_\_\_

DD - MM - RRRR

Data

\_\_\_\_\_

Pieczęć ubezpieczającego

\_\_\_\_\_

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

\_\_\_\_\_

## IX Wypełnia PZU Życie SA (nie dotyczy, gdy obsługa polisy w eRU)

\_\_\_\_\_

Nr jednostki

DD - MM - RRRR

Data wpływu do PZU Życie SA

\_\_\_\_\_

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

## X Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia

\_\_\_\_\_

wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia

DD - MM - RRRR

DD - MM - RRRR

Data

\_\_\_\_\_

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).

<sup>5</sup> Dotyczy płatnika, jeżeli deklaracja składa małżonek albo dziecko albo partner życiowy.