

717471852

Nr polisy

Nr deklaracji



# DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / DEKLARACJA ZMIANY DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

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)

Przystępuję jako  ubezpieczony podstawowy    ubezpieczony bliski:  małżonek ubezpieczonego podstawowego     dziecko ubezpieczonego podstawowego

Pani     Pan    Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Data urodzenia    Miejsce urodzenia    PESEL

Obywatelstwo:  polskie     Inne: \_\_\_\_\_    Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Adres do korespondencji: \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    Kraj:  Polska     inny: \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy    Poczta

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Ulica    Nr domu    Nr lokalu    Miejscowość

\_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy    E-mail

## II Łączna wysokość składek \_\_\_\_\_ zł

## 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 współubezpieczeni)
- Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagraniczna konsultacja medyczna    zakres  podstawowy (ubezpieczony)     rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)
- Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia

## 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"/> <input type="text"/> %
2				<input type="text"/> <input type="text"/> %
Razem				<b>1 0 0 %</b>

## V 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 dzieci<sup>2</sup>, 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 udzielili 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.
  - 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).
  - 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 przekazanych 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.
  - 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.
  - 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).
  - 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).

9. <sup>4</sup> 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.
10. <sup>4</sup> 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, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

--

Data

11. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).
12. W zakresie, w jakim podstawą 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.

Podpis osoby przystępującej

## VI 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)

--

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

--

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego (tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

## VII Wypełnia ubezpieczający

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

--<sup>5</sup>

--

Data

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	Powszechne 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

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

<sup>2</sup> Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.

<sup>3</sup> Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy - usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna na wypadek ciężkiej choroby - usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna.

<sup>4</sup> W przypadku zgody proszę wstawić X w pole  (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).

<sup>5</sup> Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.