

## WZÓR WYPEŁNIENIA - DEKLARACJA PRACOWNIKA

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer deklaracji typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer polisy typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer deklaracji typ P Plus – wariant uzupełniający



\* 9 2 7 8 0 6 P G E 2 0 1 \*

Numer polisy typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer deklaracji typ P Plus – wariant uzupełniający

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA** **DEKLARACJA ZMIANY** (wypełnij sekcję Dane dotyczące ubezpieczonego, a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły)

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 (np. pracownik)ubezpieczony bliski:  małżonek ubezpieczonego podstawowego  dziecko ubezpieczonego podstawowego  partner życiowy ubezpieczonego podstawowego  **JAN**

Pan Pani Imię

**KOWALSKI**

Nazwisko

**11** **08** **1963**

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

**OPOLE**

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

**63081144566**

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo  Polskie  InneKraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>**Adres do korespondencji****OPOLE**

Miejscowość

**ELEKTROWNIANA**

Ulica

**5**

Nr domu

Nr lokalu

**45** **920**

Kod pocztowy

Pocztą

**678908765**

Telefon kontaktowy

**JANKOWALSKI@GMAIL.COM**

E-mail

Kraj  Polska  Inny (nazwa)**II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki** (wybrany wariant proszę zaznaczyć znakiem X)Wybieram ubezpieczenie typ P Plus (wpisz wysokość składki i numer wariantu): ze składką \_\_\_\_\_ zł, wariant: 

Wybieram ubezpieczenie typ P Plus – warianty uzupełniające:

| Wariant 1                         | Wariant 2                                    | Wariant 3                                    |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> 13,00 zł | <input checked="" type="checkbox"/> 18,98 zł | <input checked="" type="checkbox"/> 16,59 zł |

WPISZ WYBRANĄ SKŁADKĘ ORAZ NR WARIANTU.

ZAZNACZ WYBRANE WARIANTY

**III Assistance** – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:Wybieram **Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej**zakres:  podstawowy (ubezpieczony)  rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)**IV Partner życiowy** – wypełnij, jeśli nie jesteś w związku małżeńskim, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Pan Pani Imię

Nazwisko

**DD** **MM** **RR** **RR**

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

Obywatelstwo  Polskie  Inne

WYPEŁNIJ JEŚLI NIE JESTEŚ W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM TYLKO PARTNERSKIM

### 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            | KOWALSKA JANINA         | 04-01-1964 r. OPOLE              | 45-920 OPOLE UL.ELEKTROWNIANA 5                | 100 %                                       |
| 2            |                         |                                  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 3            |                         |                                  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| <b>Razem</b> |                         |                                  |  | 1 0 0 %                                     |

### 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.**
- 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, 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, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu (nie dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia były objęte innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA lub innym zakładzie ubezpieczeń).**
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych.**
- 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 niezmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.

- <sup>3</sup> 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).
- <sup>3</sup> 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).
- <sup>3</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.
- <sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia 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 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 (PZU Życie SA).**

**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.**

DD-MM-RRR-RR  
Data

WPISZ DATĘ PODPISANIA  
DEKLARACJI

MIEJSCE NA PODPIS  
PRACOWNIKA

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-RRR-RR

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

DD-MM-RRR-RR

Data

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Podpis ubezpieczonego podstawowego  
(tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

### VIII 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

DD-MM-RRR-RR<sup>4</sup>

ZAZNACZ RODZAJ ZATRUDNIENIA

WPISZ DATĘ ZATRUDNIENIA

DD-MM-RRR-RR

Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

#### Pełne nazwy spółek

| Lp. | Skrócona nazwa spółki | Pełna nazwa spółki                                     | Adres siedziby                                 |
|-----|-----------------------|--|--|
| 1   | PZU SA                | Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna           | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| 2   | PZU Życie SA          | Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna  | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| 3   | PTE PZU SA            | Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna  | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| 4   | TFI PZU SA            | Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| 5   | PZU Pomoc SA          | PZU Pomoc Spółka Akcyjna                               | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| 6   | PZU Zdrowie SA        | PZU Zdrowie Spółka Akcyjna                             | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| 7   | PZU CO SA             | PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna                    | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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           |

<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> W przypadku zgody proszę wstawić X w pole  (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). <sup>4</sup> Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.