WZÓR WYPEŁNIENIA - DEKLARACJA DLA MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO I PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

* 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

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

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

ZAZNACZ KOGO DOTYCZY DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

☒ Pan ☐ Pani JAN
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 X Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania[1]

Adres do korespondencji

OPOLE
Miejscowość

ELEKTROWNIANA
Ulica

5
Nr domu

Nr lokalu

45 - 920
Kod pocztowy

Poczta

678908765
Telefon kontaktowy

JANKOWALSKI@GMAIL.COM
E-mail

Kraj X 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: X.

WPISZ WYBRANĄ SKŁADKĘ ORAZ NR WARIANTU.

Wybieram ubezpieczenie typ P Plus – warianty uzupełniające:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
☐ 13,00 zł	☒ 18,98 zł	☒ 16,59 zł

ZAZNACZ WYBRANE WARIANTY

III Assistance – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

zakres: X 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

D D - M M - R R R R
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 - DOTYCZY PEŁNOLETNIEGO DZIECKA, KTÓRY MOŻE WSKAZAĆ PARTNERA ŻYCIOWEGO ALE JEGO PARTNER ŻYCIOWY NIE MOŻE PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA

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				%
3				%
			Razem	100 %

VI Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

ZAZNACZ CHECK BOX PRZY OŚWIADCZENIACH, NA KTÓRE WYRAŻASZ ZGODĘ

Oświadczam, że:

1. **Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.**
2. 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[2], 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.
3. **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).
4. **W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w hospicjum, placówce dla przewlekle chorych.**
5. ☒[3] 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.
6. ☒[3] 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).
7. ☒[3] 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).
8. ☒[3] 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.
9. ☒[3] 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 otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
10. **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.

D D – M M – R R R R
Data

WPISZ DATĘ PODPISANIA DEKLARACJI

MIEJSCE NA PODPIS MAŁŻONKA, PARTNERA, PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

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) D D – M M – R R R R

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

DANE PRACOWNIKA

WPISZ DATĘ ŚLUBU W PRZYPADKU UBEZPIECZENIA MAŁŻONKA

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

D D – M M – R R R R
Data

WPISZ DATĘ PODPISANIA DEKLARACJI

MIEJSCE NA PODPIS PRACOWNIKA

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 D D – M M – R R R R[4]

D D – M M – R R R R
Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczątka 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	Powszechne 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

[1]Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. [2]Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.
[3]W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). [4]Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.