

Numer polisy

Numer deklaracji



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

☐ DEKLARACJA ZMIANY

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☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ InneKraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>

## Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska ☐ Inny (nazwa)

## 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 współubezpieczony)

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

zakres: ☐ podstawowy (ubezpieczony) ☐ rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia ☐

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

☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

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          |
|-------|-------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|
| 1     |                         |                                  |                                                | <input type="text"/> % |
| 2     |                         |                                  |                                                | <input type="text"/> % |
| 3     |                         |                                  |                                                | <input type="text"/> % |
| Razem |                         |                                  |                                                | 100 %                  |

VI Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

- Oświadczam, że:
- Chcę zostać objętą/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 mogę otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz poprzez które mogę 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.
  - ☐<sup>2</sup> Zgadzam się na przesyłanie informacji (w tym dokumentów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń), które mają związek z moimi ubezpieczeniami w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail). Zobowiązuję się niezwłocznie uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
  - ☐<sup>2</sup> Zgadzam się na udostępnienie w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania moich danych osobowych oraz do zgłoszenia sprzeciwu na przetwarzanie danych w celach marketingowych lub przekazywania danych osobowych innemu administratorowi danych.
  - ☐<sup>2</sup> Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych przez PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).
  - ☐<sup>2</sup> Zgadzam się na to, że PZU Życie SA, PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA będą używać telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne).
  - ☐<sup>2</sup> Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
  - 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>3</sup>, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia i rokowani, 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. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę PZU Zdrowie SA, oraz dalsze przekazanie tych danych własnym lub współpracującym placówkom medycznym w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych<sup>4</sup>.
  - 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).
  - Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO I PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy. (Proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).

- Oświadczam, że:
- Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
    - miażdżyca, tętniak aorty, zatorowości płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
    - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
    - przewlekła obturacyjna choroba płuc;
    - przewlekła niewydolność nerek;
    - alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
    - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.
  - W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.
  - W ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłem jako biorca przeszczepu wątroby, serca, nerki, płuca, szpiku, ani też nie oczekuję na taki przeszczep.

**UWAGA! Jeżeli w Twoim przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe a mimo to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.**

--  
Data (dd-mm-rrrr)

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) --

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

--  
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 --

--  
Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie PZU Życie SA. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Dane przetwarzane będą w celach obsługowych, analitycznych, dochodzenia roszczeń oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do ubezpieczenia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

| 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            | Powszechnie 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>W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). <sup>3</sup>Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka. <sup>4</sup>Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna. <sup>5</sup>Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.