

Numer polisy

Numer deklaracji

Numer kontrolny pracownika VWP



* 9 2 7 8 0 5 V W P R 0 1 *

**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)Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo

 Polskie

Inne

Kraj stałego zamieszkania¹**Adres do korespondencji**

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

II Łączna wysokość składki (proszę zaznaczyć wybrany wariant)

| Wariant I | Wariant II | Wariant III | Wariant IV | Wariant V | Wariant VI |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40,00 zł | 47,00 zł | 54,00 zł | 60,00 zł | 76,00 zł | 89,00 zł |

Wyrażam zgodę na przekazywanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia składki na ubezpieczenie.

III Partner życiowy² (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę) – pole nie dotyczy małżonka ubezpieczonegoPan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo

 Polskie

Inne

Podpis partnera życiowego

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"/> % |
| 3 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| Razem | | | | 1 0 0 % |

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.
- Zgadzą 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. Zgadzą 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 dzieci³, 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 udzielił 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.
- 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.
- ⁴ 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.
- ⁴ 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).
- ⁴ 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).
- ⁴ 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.

DD-MM-RRRR

Data

Podpis osoby przystępującej

VI 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-RRRR

DD-MM-RRRR

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 | 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 |
| 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 Partner życiowy – wskazana w deklaracji przystąpienia ubezpieczonego osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca z ubezpieczonym – również nie będącym w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu (której wiek w dniu wystąpienia u niej ciężkiej choroby – w przypadku dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby małzonka – nie przekracza 70 lat). Partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym. Ubezpieczony może wskazać partnera życiowego wyłącznie raz w danym roku polisowym. Wskazanie partnera życiowego obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano wskazania.

³ Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.

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