

Numer polisy

Numer deklaracji



* 8 2 0 6 0 8 0 1 *



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

DEKLARACJA ZMIANY

na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:

Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332

a PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane członka Klubu PZU Pomoc w Życiu wnoszącego o przystąpienie do ubezpieczenia (ubezpieczonego)

(proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

ubezpieczony podstawowy

ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

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

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

zł

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

Doraźna Ochrona Medyczna

Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony)

rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

Wybieram zakres: zakres podstawowy (ubezpieczony)

zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Asystent w czasie utraty zdrowia

IV Partner życiowy

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

VI Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenia ubezpieczonego (wypełnia przystępujący 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.
- ² Zgadzam się na założenie przez PZU Życie SA dedykowanego konta elektronicznego (trwały nośnik), na które mogę otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz 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).
- ² Zgadzam się na przysyłanie 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.
- ² 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.
- ² Zgadzam się na przysyłanie 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).
- ² 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).
- ² Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
- 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 dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników 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. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.**
- Oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

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 usługowych, 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

Data

Podpis ubezpieczonego

VII Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

1. Z pracodawcą łączę mnie stosunek prawny od dnia:

umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny

Jaki?

2. 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

VIII Wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia ubezpieczonego do Klubu PZU Pomoc w Życiu

Data

Pieczęć i podpis osoby obsługującej Klub PZU POMOC w Życiu

¹Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

²W przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).

³Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń na wypadek: utraty zdrowia przez dziecko, śmierci dziecka, śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.