

Numer polisy

Numer deklaracji



\* 9 2 7 8 0 2 0 1 \*



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

DEKLARACJA ZMIANY

# WZÓR - Pkt 3 ŚCIĄGA

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)

ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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

Pan  Pani Imię **A N N A**

Nazwisko **K O W A L S K A**

Data urodzenia **0 1 - 1 2 - 1 9 9 0** Miejsce urodzenia **Warszawa** PESEL **9 0 1 2 0 1 1 1 1 1 1**

Obywatelstwo  Polskie  Inne \_\_\_\_\_ Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

### Adres do korespondencji

**Warszawa**  
Miejscowość

**Niewiadoma**  
Ulica

**0 0 - 0 0 0** **Warszawa**  
Kod pocztowy Poczta

**1 2 3 4 5 6 7 8 9** \_\_\_\_\_  
Telefon kontaktowy E-mail **annakowalska@poczta.pl**

Kraj  Polska  Inny (nazwa) \_\_\_\_\_

### II Łączna wysokość składek

**103,14** zł **WARIANT IV**

### 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:  podstawowy (ubezpieczony)  rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

**Asystent w czasie utraty zdrowia**

### IV Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego (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	Jan Kowalski	1990-01-01 Warszawa	ul. Niewiadoma 2/1 00-000 Warszawa	100%
2	Ola Kowalska	2016-02-01 Warszawa	ul. Niewiadoma 2/1 00-000 Warszawa	50%
3	Karol Kowalski	2015-03-01 Warszawa	ul. Niewiadoma 2/1 00-000 Warszawa	%
<b>Razem</b>				100%

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.
- 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: przyczynę 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 udzieli 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, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Oświadczenia składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

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

Oświadczenie dla ubezpieczonego, którego to dotyczy:

Oświadczam, że otrzymałam/em warunki ubezpieczenia obowiązujące w umowach ubezpieczenia zawartych przez ubezpieczającego z PZU Życie SA, w ramach których jestem aktualnie ubezpieczona/y.

X X - X X - X X X X

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego podstawowego/bliskiego

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) 01-12-2014

K O W A L S K I

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

J A N

Imię ubezpieczonego podstawowego

9 0 0 1 0 1 1 1 1 1 1

PESEL ubezpieczonego podstawowego

X X - X X - X X X X

Data

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

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

<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 na wypadek utraty zdrowia przez dziecko, śmierci dziecka, śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.

<sup>4</sup> Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.