



WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNIE KONTYNUOWANEGO

Nr wniosku	
Kod zmiany	
NIK	
Nr umowy ubezpieczenia grupowego/ ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego ¹⁾	

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

Punkt Obsługi Klienta, w którym ma być prowadzona obsługa ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego –
(miejsowość/dzielnica)

I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZAJĄCEGO			
Data urodzenia	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani
Nazwisko	<input type="text"/>	Pierwsze imię	<input type="text"/>
Drugie imię	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Tel. kontaktowy	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Adres do korespondencji	Kod poczt. <input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
		Miejscowość	<input type="text"/>
Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny (nazwa): <input type="text"/>	Kraj stałego zamieszkania ²⁾	<input type="text"/>
II. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO ³⁾			
Data urodzenia	<input type="text"/>	Miejsce urodzenia	<input type="text"/>
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:		<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani
Nazwisko	<input type="text"/>	Pierwsze imię	<input type="text"/>
Drugie imię	<input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>
Tel. kontaktowy	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Adres do korespondencji	Kod poczt. <input type="text"/>	Poczta	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>	Nr domu	<input type="text"/>
		Nr lokalu	<input type="text"/>
		Miejscowość	<input type="text"/>
Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny (nazwa): <input type="text"/>	Kraj stałego zamieszkania ²⁾	<input type="text"/>
III. UPOSAŻENI			
Lp.	Nazwisko i imiona/Nazwa	Data i miejsce urodzenia/REGON	% świadczenia
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	Adres do korespondencji	Kod poczt. <input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	Adres do korespondencji	Kod poczt. <input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
	Adres do korespondencji	Kod poczt. <input type="text"/>	<input type="text"/>
			Razem 1 0 0 %
IV. DANE O UBEZPIECZENIU			
Wnioskujący			
<input type="checkbox"/> ubezpieczony w ubezpieczeniu grupowym		<input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa po ubezpieczonym w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym	
<input type="checkbox"/> ubezpieczający w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym ⁴⁾		<input type="checkbox"/> wdowiec/wdowa po ubezpieczonym w ubezpieczeniu grupowym	
Wnioskuję o zawarcie (wyjaśnienie nazw w części VI):			
umowy ubezpieczenia podstawowego – co stanowi realizację moich uprawnień do indywidualnej kontynuacji, wynikających z umowy ubezpieczenia o numerze wskazanym powyżej:		<input type="checkbox"/> IK typ P:	<input type="checkbox"/> Wariant 1, <input type="checkbox"/> Wariant 2
		<input type="checkbox"/> IK typ P Plus:	<input type="checkbox"/> Wariant 1, <input type="checkbox"/> Wariant 2
<input type="checkbox"/> Postanowień dodatkowych			
umowy ubezpieczenia dodatkowego:		<input type="checkbox"/> NW Plus	<input type="checkbox"/> LS <input type="checkbox"/> TU <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/> AU
Świadczenie za 1% trwałego uszczerbku w ubezpieczeniu podstawowym – <input type="text"/> % sumy ubezpieczenia, w TU – <input type="text"/> % sumy ubezpieczenia			
SUMA UBEZPIECZENIA Wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi przez PZU Życie SA i wynosi:			
Ubezpieczenie podstawowe	<input type="text"/> zł	NW Plus	<input type="text"/> zł
		LS	<input type="text"/> zł
		TU	<input type="text"/> zł
		AP	<input type="text"/> zł
		AU	<input type="text"/> zł
	AP <input type="text"/> zł	AU – nie dotyczy	
SKŁADKA Wysokość składki, która jest określona przez PZU Życie SA i płatna z częstotliwością:		Ubezpieczenie podstawowe <input type="text"/> , <input type="text"/> zł	
<input type="checkbox"/> miesięczną <input type="checkbox"/> kwartalną <input type="checkbox"/> półroczną <input type="checkbox"/> roczną – wynosi <input type="text"/> , <input type="text"/> zł, w tym:		NW Plus <input type="text"/> , <input type="text"/> zł	
		LS <input type="text"/> , <input type="text"/> zł	
		TU <input type="text"/> , <input type="text"/> zł	
		AP <input type="text"/> , <input type="text"/> zł	
		AU <input type="text"/> , <input type="text"/> zł	
<input type="checkbox"/> Proszę o przekazywanie blankietów opłat składek drogą pocztową			

V. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu do wniosku przekazuję/udostępniam do wglądu:

- deklarację przystąpienia do ubezpieczenia grupowego polisę ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego⁶⁾ akt zgonu ubezpieczonego
 inne _____

VI. WYKAZ WARUNKÓW UMÓW UBEZPIECZENIA

podstawowe	IK typ P – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia na życie typ P, kod warunków PNKP32
	IK typ P Plus – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków indywidualnie kontynuowanego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus, kod warunków PTKP32
	Postanowienia dodatkowe do ogólnych warunków ubezpieczenia, kod zmiany DIU0001
dodatkowe	NW Plus – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem NW Plus, kod warunków NWKP32
	LS – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwego wypadku, kod warunków LSKP31
	TU – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, kod warunków TUKP30
	AP – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia z Kartą apteczną, kod warunków APKP30
	AU – umowa zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia, kod warunków AUKP30

VII. OŚWIADCZENIE

- Zostałem poinformowany / zostałam poinformowana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania danych jest zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia.
- Jako ubezpieczony, dla potrzeb oceny ryzyka i ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem, upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Jako ubezpieczony wyrażam zgodę⁵⁾ / nie wyrażam zgody⁵⁾ na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 124 poz. 1151).
- Jako ubezpieczony wyrażam zgodę⁵⁾ / nie wyrażam zgody⁵⁾ na udostępnianie danych osobowych w celu marketingowym PZU SA, PTE PZU SA oraz TFI PZU SA z siedzibami w Warszawie, al. Jana Pawła II 24.
- Jako ubezpieczony wyrażam zgodę⁵⁾ / nie wyrażam zgody⁵⁾ na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu marketingowym po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.
- Jako ubezpieczony³⁾ wyrażam zgodę na objęcie mnie ubezpieczeniem na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia podstawowego i umowie/ umowach ubezpieczenia dodatkowego, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia i wysokość procentu sumy ubezpieczenia w TU.
- Jako ubezpieczony³⁾ upoważniam⁵⁾ ubezpieczającego do wyrażania w moim imieniu zgody na podwyższanie sumy ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia podstawowego i umowie / umowach ubezpieczenia dodatkowego oraz podwyższanie wysokości procentu sumy ubezpieczenia w TU w trakcie trwania umowy na zasadach, warunkach i w granicach opisanych w ogólnych warunkach.
- Znane mi są zasady ustalania początku odpowiedzialności oraz karencji określone w ogólnych warunkach i wyrażam zgodę na ich stosowanie przez PZU Życie SA.
- Otrzymałem / otrzymałam i zapoznałem / zapoznałam się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie.

Miejscowość

dd-mm-rrrr

Podpis ubezpieczającego

Podpis ubezpieczonego³⁾**VIII. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY W UBEZPIECZENIU GRUPOWYM**

Składki za grupowe ubezpieczenie opłacano od dd-mm-rrrr. Ostatnia składka za okres mm-rrrr w wysokości _____, _____ zł z dnia dd-mm-rrrr przy sumie ubezpieczenia _____ zł

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Umowę o pracę rozwiązano dnia dd-mm-rrrr z powodu: | <input type="checkbox"/> Koniec odpowiedzialności z powodu osiągnięcia wieku określonego w o.w.u. |
| <input type="checkbox"/> odejścia na emeryturę ¹⁾ /rentę ¹⁾ | <input type="checkbox"/> Ubezpieczony rozpoczął urlop bezpłatny ¹⁾ /urlop wychowawczy ¹⁾ /służbę wojskową ¹⁾ |
| <input type="checkbox"/> reorganizacji w zakładzie pracy ¹⁾ /likwidacji zakładu pracy ¹⁾ | |
| <input type="checkbox"/> likwidacji lub reorganizacji stanowiska pracy | |
| <input type="checkbox"/> inne _____ | <input type="checkbox"/> inne _____ |

dd-mm-rrrr

Pieczęć ubezpieczającego

Podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

IX. WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Ostatnia składka za ubezpieczenie indywidualnie kontynuowane⁶⁾ za okres mm-rrrr w wysokości _____, _____ zł przekazana dnia dd-mm-rrrr przy sumie ubezpieczenia _____ zł. Nr świadczenia⁷⁾ – _____

Sprawdzono pod względem formalnym

(data, pieczęć imienna i podpis)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić²⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska³⁾ Wypełnić tylko wtedy, gdy ubezpieczony jest inną osobą niż ubezpieczający⁴⁾ Dotyczy wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego⁵⁾ Proszę zaznaczyć właściwe (nie zaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)⁶⁾ Dotyczy kontynuacji po zmarłym ubezpieczonym w ubezpieczeniu indywidualnie kontynuowanym⁷⁾ Należy wypełnić w przypadku zawierania umowy przez wdowca/wdowę po ubezpieczonym