



Numer polisy	Numer deklaracji

### Załącznik do Deklaracji Przystąpienia

PZUŻ 8155 (Załącznik)

<b>X. NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA</b>							
<input type="checkbox"/> Wnioskuje o przystąpienie do dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna (UZ) – kod zakresu <input type="text"/> (ubezpieczeni lub współubezpieczeni)							
<b>A. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO</b>							
Nazwisko				Pierwsze imię			
Drugie imię				Imię ojca			
PESEL				NIP			
<input type="checkbox"/> Wnioskuje o realizację świadczeń zdrowotnych w .....							
<b>B. WSPÓLUBEZPIECZENI:</b> <sup>1)</sup> proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody) <sup>2)</sup> w przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy							
L.p.	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> mąż/zona/konkubent <input type="checkbox"/> dziecko
1.							
Data urodzenia		<input type="text"/>		Miejsce urodzenia			
Adres do korespondencji:		Kod pocztowy <input type="text"/>		Poczta			
Ulica				Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość				Kraj		<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny ..... (nazwa)	
Zapoznałem/am się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 6 i 7 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 3 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części V deklaracji.							
Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego <sup>2)</sup>						Data <input type="text"/>	
L.p.	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> mąż/zona/konkubent <input type="checkbox"/> dziecko
2.							
Data urodzenia		<input type="text"/>		Miejsce urodzenia			
Adres do korespondencji:		Kod pocztowy <input type="text"/>		Poczta			
Ulica				Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość				Kraj		<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny ..... (nazwa)	
Zapoznałem/am się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 6 i 7 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 3 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części V deklaracji.							
Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego <sup>2)</sup>						Data <input type="text"/>	
L.p.	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> mąż/zona/konkubent <input type="checkbox"/> dziecko
3.							
Data urodzenia		<input type="text"/>		Miejsce urodzenia			
Adres do korespondencji:		Kod pocztowy <input type="text"/>		Poczta			
Ulica				Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość				Kraj		<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny ..... (nazwa)	
Zapoznałem/am się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 6 i 7 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 3 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części V deklaracji.							
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę <sup>1)</sup> / <input type="checkbox"/> Nie wyrażam zgody <sup>1)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części V deklaracji.							
Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego <sup>2)</sup>						Data <input type="text"/>	

<input type="text"/>				<input type="text"/>			
Data				Podpis ubezpieczonego			

C. WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA	
Nr ubezpieczonego	Kod świadczeniodawcy
____-____-____	
Data wpływu do PZU Życie SA	Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

### XI. NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO DODATKOWEGO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ZDROWIA PRZEZ DZIECKO

#### A. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko	
Imię	PESEL

#### B. DANE DOTYCZĄCE DZIECKA UBEZPIECZONEGO OBEJMOWANEGO OCHRONĄ PZU ŻYCIE SA

L.p. 1	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	Data urodzenia	____-____-____	Miejsce urodzenia			
	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....	PESEL			
L.p. 2	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	Data urodzenia	____-____-____	Miejsce urodzenia			
	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....	PESEL			
L.p. 3	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	Data urodzenia	____-____-____	Miejsce urodzenia			
	Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....	PESEL			

#### C. REZYGNACJA Z OBEJMOWANIA DZIECI OCHRONĄ PZU ŻYCIE SA

wnioskuję o rezygnację z obejmowania ochroną PZU Życie SA następujących dzieci:

L.p. 1	Nazwisko		Imię	
	Data urodzenia	____-____-____		
L.p. 2	Nazwisko		Imię	
	Data urodzenia	____-____-____		
L.p. 3	Nazwisko		Imię	
	Data urodzenia	____-____-____		

#### D. ZMIANA DANYCH DZIECI OBEJMOWANYCH OCHRONĄ PZU ŻYCIE SA

##### DANE DZIECKA PRZED ZMIANĄ:

L.p. 1	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	PESEL		Miejsce urodzenia			

##### DANE DZIECKA PO ZMIANIE:

L.p. 1	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	PESEL					

##### DANE DZIECKA PRZED ZMIANĄ:

L.p. 2	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	PESEL		Miejsce urodzenia			

##### DANE DZIECKA PO ZMIANIE:

L.p. 2	Płeć	<input type="checkbox"/> męska <input type="checkbox"/> żeńska	Nazwisko		Imię	
	PESEL					

____-____-____	
Data	Podpis ubezpieczonego

#### E. WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

____-____-____	
Data wpływu do PZU Życie SA	Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA