

## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do grupowego ubezpieczenia

pracowniczego typ P Plus  
  na życie typ P  
  na życie Pełnia Życia  
 (proszę zakreślić odpowiednie pole)

### i ubezpieczeń dodatkowych

**Zmiana deklaracji z powodu** (proszę zakreślić odpowiednie pole)

- zmiany zakresu ubezpieczenia  
 zmiany danych ubezpieczonego  
 zmiany uposażonych – unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV.

**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

<input type="checkbox"/> osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym (np. pracownik)		<input type="checkbox"/> małżonek bądź dziecko nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym	
<input type="checkbox"/> Pani <input type="checkbox"/> Pan	Data urodzenia		Miejsce urodzenia
Nazwisko			Imię
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....		PESEL
Kraj stałego zamieszkania <sup>1)</sup>			
Adres do korespondencji:	Kod pocztowy		Poczta
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny ..... (nazwa)
Telefon kontaktowy		E-mail	

<sup>1)</sup>proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

#### II. ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADEK      zł

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto      zł<sup>2)</sup>

Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

<sup>2)</sup>proszę wypełnić w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Pełnia Życia tylko wówczas, gdy suma ubezpieczenia określana jest jako wielokrotność miesięcznego wynagrodzenia brutto. Zmiana wysokości wynagrodzenia nie powoduje zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

#### III. ASSISTANCE

##### NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DORAŻNA OCHRONA MEDYCZNA

**Wybieram:**    zakres podstawowy (ubezpieczony)    zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)  
 W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel.: **801 102 102**

##### NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY BĄDŹ DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ

**Wybieram:**    zakres podstawowy (ubezpieczony)    zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)  
 Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA oraz przekazanie ich do państwa trzeciego celem realizacji umowy.  
 W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel.: **22 575 97 97** – dotyczy tylko świadczeń Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego w ramach ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy.

##### NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA

**Wybieram:**    dodatkowe grupowe ubezpieczenie Asystent w czasie utraty zdrowia (dotyczy wyłącznie osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus). W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. **801 102 102**.

#### IV. UPOSAŻENI – w przypadku niewskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia

L.p.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1.				% % %
2.				% % %
3.				% % %
4.				% % %
<b>Razem:</b>				<b>100%</b>

**V. ZGODA NA OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM I OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO** – wypełnia przystępujący do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Zostałam/em poinformowana/y, 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 przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia.
- 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/stanu zdrowia mojego dziecka<sup>3)</sup>.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu marketingowym po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> 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 (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na udostępnianie danych osobowych w celu marketingowym PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 18 A.
- Wyrażam zgodę<sup>5)</sup> na udostępnienie moich danych osobowych PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Pomoc SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 18 A w celu oferowania przez te spółki rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.  
<sup>5)</sup>  w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X.
- W dniu podpisania niniejszej 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.
- Proszę o kontakt przedstawiciela PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, w celu przystąpienia do Otwartego Funduszu Emerytalnego (OFE) PZU „Złota Jesień” bądź zmiany dotychczasowego OFE i przystąpienia do OFE PZU „Złota Jesień”. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych PTE PZU SA w celu umożliwienia kontaktu przedstawicielowi PTE PZU SA.**
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

_ _ - _ _ - _ _ _ _	Data	_____	Podpis ubezpieczonego
---------------------	------	-------	-----------------------

<sup>3)</sup> dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko<sup>4)</sup> proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)**VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADKI** – proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:

 małżonka       dziecka

Nazwisko płatnika:			
Imię płatnika:			
PESEL płatnika:			
Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)	_ _ - _ _ - _ _ _ _		
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)	_ _ - _ _ - _ _ _ _		
_ _ - _ _ - _ _ _ _	Data	Podpis płatnika	

**VII. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY**

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

 umowa o pracę     umowa o dzieło     umowa zlecenie     inny (jaki) .....
Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od \_\_\_\_\_<sup>6)</sup>
 w załączeniu dotychczasowa/e deklaracja/e nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) .....

_ _ - _ _ - _ _ _ _	Data	_____	Pieczęć ubezpieczającego	_____	Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie
---------------------	------	-------	--------------------------	-------	---

<sup>6)</sup> dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko**UWAGI DODATKOWE****VIII. WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA**

Nr jednostki			
_ _ - _ _ - _ _ _ _	Data wpływu do PZU Życie SA	Pieczęćka i podpis pracownika PZU Życie SA	

**IX. REZYGNACJA**

Rezygnacja z ubezpieczenia .....	wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia _____		
_ _ - _ _ - _ _ _ _	Data	_____	Podpis ubezpieczonego