



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do grupowego ubezpieczenia *(proszę zakreślić odpowiednie pole)*

pracowniczego typ P Plus na życie typ P na życie Pełnia Życia
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 ¹⁾			
Adres do korespondencji:			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny(nazwa)	
Kod pocztowy	Poczta		
Telefon kontaktowy	E-mail		

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

II. ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADEK zł.

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto - zł ²⁾

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).

²⁾ 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 <input type="checkbox"/> zakres podstawowy (ubezpieczony) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> zakres podstawowy (ubezpieczony) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 nie wskazania 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.				___ %
Razem				100 %

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

³⁾ dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko ⁴⁾ proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/ęm się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych 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 ³⁾.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ na udostępnianie danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę* na udostępnienie moich danych osobowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA w celu oferowania przez te podmioty rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.
 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.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

| d | d | m | m | r | r | r | r |

Data		Podpis ubezpieczonego	
Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, wysokość kapitału zakładowego: 295 000 000, 00 zł, kapitał wpłacony w całości.			
VI. Oświadczenie płatnika składki – proszę wypełnić w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko.			
Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:			
<input type="checkbox"/> małżonka		<input type="checkbox"/> dziecka	
Nazwisko płatnika:			
Imię płatnika:			
PESEL płatnika			
Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym <i>(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)</i>	_d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_		
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia <i>(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)</i>	_d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_		
d _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_			
Data		Podpis płatnika	

VII. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:		
<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> inny (jaki)		
Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od _d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_ ⁵⁾		
⁵⁾ dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko		
<input type="checkbox"/> w załączeniu dotychczasowe deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę)		
d _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_		
Data	Pieczęć ubezpieczającego	Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

UWAGI DODATKOWE

.....

.....

VIII. WYPEŁNIA PZU Życie SA

Nr jednostki	
d _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_	
Data wpływu do PZU Życie SA	Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

IX. REZYGNACJA

Rezygnacja z ubezpieczeniawraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia |_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|

d _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_	
Data	Podpis ubezpieczonego

PZUŻ 8155/4

