

Numer polisy

Numer deklaracji



\* 9 2 7 8 0 5 0 1 \*



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

### DEKLARACJA ZMIANY

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)

**Przystępuję jako:**  ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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

Pan Pani Imię

Nazwisko

-   -

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

**Obywatelstwo**  Polskie  Inne

Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>

#### Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj  Polska  Inny (nazwa)

#### II Łączna wysokość składek

zł

#### III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

**Wybieram Doraźną Ochronę Medyczną** zakres:  podstawowy (ubezpieczony)  rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

**Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej** zakres:  podstawowy (ubezpieczony)  rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

**Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia**

#### IV Partner życiowy (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            |                         |                                  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> %                      |
| 2            |                         |                                  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> %                      |
| 3            |                         |                                  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> %                      |
| <b>Razem</b> |                         |                                  |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |

## VI Oświadczenia osoby przystępującej 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 mogą otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz poprzez które mogą 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.
- 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>2</sup>, w tym obejmujących: przyczyny 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 udzielił mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
- Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę PZU Zdrowie SA, oraz dalsze przekazanie tych danych własnym lub współpracującym placówkom medycznym w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych<sup>3</sup>.
- 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 (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU w RAZIE WYPADKU).**
- Dodatkowo oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy.** (Proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).  
Oświadczam, że:  
1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:  
1) miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;  
2) przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;  
3) przewłękła obturacyjna choroba płuc;  
4) przewłękła niewydolność nerek;

- 5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
- 6) cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.
2. W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.
3. W ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłem jako biorca przeszczepu wątroby, serca, nerki, płuca, szpiku, ani też nie oczekuję na taki przeszczep.  
**UWAGA! Jeżeli w Twoim przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe a mimo to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.**
7. **Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zawartych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – w celu przystąpienia oraz wykonywania umowy ubezpieczenia, a także przekazania PZU Życie SA przez placówki służby zdrowia, lekarzy lub przeze mnie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.**
8.  <sup>4</sup> Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
9.  <sup>4</sup> Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
10.  <sup>4</sup> Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
11.  <sup>4</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
12.  <sup>4</sup> Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
13. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.**

W zakresie, w jakim podstawa przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

\_\_\_\_\_  
Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby przystępującej

## 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)

DD-MM-RRRR

\_\_\_\_\_  
Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

\_\_\_\_\_  
Imię ubezpieczonego podstawowego

\_\_\_\_\_  
PESEL ubezpieczonego podstawowego

DD-MM-RRRR

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

DD-MM-RRRR<sup>5</sup>

DD-MM-RRRR

Data

\_\_\_\_\_  
Pieczęć ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

### Pełne nazwy spółek

| 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        |
| 9   | PEKAO SA              | Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna                 | ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa  |
| 10  | Alior Bank SA         | Alior Bank Spółka Akcyjna                              | ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa   |

<sup>1</sup>Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. <sup>2</sup>Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka. <sup>3</sup>Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieką Medyczną. <sup>4</sup>W przypadku zgody proszę wstawić X w pole  (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). <sup>5</sup>Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.