



Numer polisy

Numer deklaracji

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 zaznaczyć odpowiednie pole)

ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA ZMIANY DANYCH UBEZPIECZONEGO ZMIANY UPOSAŻONYCH (unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby 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)

osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym (np. pracownik) małżonek bądź dziecko nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym

Pani Pan - -
 Data urodzenia Miejsce urodzenia

Imię i nazwisko PESEL

polskie
 Obywatelstwo inne kraj stałego zamieszkania¹⁾

Adres do korespondencji (ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

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 zł²⁾

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 Doraźna Ochrona Medyczna

Wybieram zakres podstawowy (ubezpieczony) zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony).

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 współubezpieczony).

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 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.				<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> %
2.				<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> %
3.				<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> %
4.				<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> %
Razem				100 %

V. Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenie ubezpieczonego (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Oświadczam, że:

1. 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 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.
2. 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.
3. 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 dziecka³⁾. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
4. 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.
5. 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 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
6. 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.
7. 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 18a, 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
8. W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
9. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

_____ - - _____
Miejscowość Data Podpis ubezpieczonego

³⁾ dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko

⁴⁾ proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

VI. Oświadczenie płatnika składek (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

_____ _____
Imię i nazwisko 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 - - ⁵⁾

⁵⁾ dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko

w załączeniu dotychczasowa/e deklaracja/e nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) _____

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

Uwagi dodatkowe

VIII. Wypełnia PZU Życie SA

_____ - - _____
Nr jednostki Data Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

IX. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia _____ wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia - -

- - _____
Data Podpis ubezpieczonego