

Numer polisy

Numer deklaracji

**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 V)  wskazania bądź zmiany partnera życiowego

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) dziecko nie pozostające w stosunku prawnym z ubezpieczającym Pani  Pan3 0 - 0 6 - 1 9 7 5  
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Koszalin

Miejsce urodzenia

NOWAK

Nazwisko

JAN

Imię

3 0 0 6 7 5 0 0 0 0 1

PESEL

Obywatelstwo:  polskie 

Inne

Kraj stałego zamieszkania<sup>1)</sup>

Adres do korespondencji:

DŁUGA

Ulica

1

Nr domu

1

Nr lokalu

7 5 - 6 0 0

Kod pocztowy

KOSZALIN

Miejscowość

KOSZALIN

Pocztą

2 2 2 3 3 3 4 4 4

Telefon kontaktowy

POCZTA@POCZTA.PL

E-mail

Kraj:

 Polska  inny (nazwa)<sup>1)</sup> proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.**II. Łączna wysokość składek**

55

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 – NIE WYPEŁNIAMY****Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Doraźna Ochrona Medyczna**Wybieram  zakres podstawowy (ubezpieczony)  zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)**Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grup. ubez. Medyczny Ekspert Domowy bądź do grup. ubez. zagranicznej konsultacji medycznej**Wybieram  zakres podstawowy (ubezpieczony)  zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)**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 Assistance proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102 (nie dotyczy świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej)****IV. Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)** Pani  Pan3 0 - 0 6 - 1 9 7 5  
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

KOSZALIN

Miejsce urodzenia

NOWAK

Nazwisko

EWA

Imię

3 0 0 6 7 5 0 0 0 0 1

PESEL

Obywatelstwo:  polskie 

Inne

Ewa Nowak

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.	NOWAK EWA	30.06.1975 R.	75-600 KOSZALIN, ul. Długa 1/1	5 0 %
2.	NOWAK BARTOSZ	30.06.2000 R.	75-600 KOSZALIN, ul. Długa 1/1	5 0 %
3.				%
4.				%
<b>Razem</b>				<b>100 %</b>

## VI. 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 zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- 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<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 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 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 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U.2013 poz. 950.).
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> 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 powiązanym 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 powiązanym 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 przewlekłe 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.

3 0 - 0 6 - 2 0 1 5  
Data (dd-mm-rrrr)

JAN NOWAK  
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)

## VII. Oświadczenie płatnika składki (proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko albo partner życiowy)

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia lub innych  małżonka  dziecka  partnera życiowego wypłat składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko płatnika	Imię płatnika	PESEL płatnika
Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	Data (dd-mm-rrrr)	
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	
	Data (dd-mm-rrrr)	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	
Data (dd-mm-rrrr)	Podpis płatnika	

## VIII. 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>5)</sup>  
Data (dd-mm-rrrr)

<sup>5)</sup> dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko albo partner życiowy

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

-  -   
Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

## IX. Wypełnia PZU Życie SA (nie dotyczy, gdy obsługa polisy w eRU)

Nr jednostki

-  -   
Data wpływu do PZU Życie SA (dd-mm-rrrr)

Pieczęć i podpis pracownika PZU Życie SA

## X. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia  wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia

-  -   
Data (dd-mm-rrrr)

-  -   
Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego