

Załącznik do formularza zgłoszenia zmian w umowie



I Dane umowy

Nazwa ubezpieczenia _____

Polisa nr

Wnoszę o zmiany w zakresie umów dodatkowych dla następujących osób:

ubezpieczonego ubezpieczonego współmałżonka/partnera

ubezpieczonego dziecka _____ ubezpieczonego dziecka _____

W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego NW, WK, TU, CC, UZ, MS, US, LZ, TE, DC, DL, DO, DU, DZ należy zawsze załączyć wypełnioną Ankietę medyczną.

II Dane ubezpieczającego

Nazwisko/Nazwa _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____

Data urodzenia PESEL/Regon
(jeżeli brak PESEL)

Kraj stałego zamieszkania: Polska Inny – jaki _____

Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____ Obywatelstwo 2 polskie inne _____

Dokument tożsamości Dowód osobisty Paszport Inny _____

Seria i numer dokumentu tożsamości

Data wydania dokumentu tożsamości

Data ważności dokumentu tożsamości bezterminowo

Proszę o aktualizację danych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail.
Nadto wnoszę o przesyłanie informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń (o produkcie ubezpieczeniowym oraz o dystrybutorze ubezpieczeń) za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail.
Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

III Dane ubezpieczonego (gdy jest inną osobą niż ubezpieczający)

Nazwisko _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____

Data urodzenia PESEL
(jeżeli brak PESEL)

Kraj stałego zamieszkania: Polska Inny – jaki _____

Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____

Proszę o aktualizację danych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail. Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

IV Uposażeni którym wypłacimy miesięczne świadczenie MS

Należy wypełnić tylko w przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego MS, jeśli uposażony w ubezpieczeniu MS ma być inny niż w ubezpieczeniu podstawowym.

1. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____

PESEL/Regon

Data urodzenia
(jeżeli brak PESEL)

Miejsce urodzenia _____

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

2. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____

PESEL/Regon

Data urodzenia
(jeżeli brak PESEL)

Miejsce urodzenia _____

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

V Zmiana w zakresie ubezpieczeń dodatkowych ubezpieczonego

(W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego NW, WK, TU, CC, UZ, MS, US, LZ, TE należy zawsze załączyć wypełnioną Ankietę medyczną)

Ubezpieczenie dodatkowe	Składka	Zawarcie	Wypowiedzenie	Odstąpienie	Zmiana warunków	Wariant ubezpieczenia	Czas trwania umowy	Wysokość świadczenia	Okres wypłaty świadczenia	Suma ubezpieczenia
NW	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
WK	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
ZK	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
OP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
CC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Premium				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
LS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
UZ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
MS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
TU	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
US	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
LZ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
TE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł

Skrócone i pełne nazwy ubezpieczeń dodatkowych:

- NW** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem;
WK – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym;
ZK – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
OP – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych;
CC – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkich chorób;
LS – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego;

- UZ** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie następstw ciężkich chorób;
MS – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na życie z miesięczną wypłatą świadczenia;
TU – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
US – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek utraty sprawności w życiu codziennym;
LZ – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie leczenia za granicą;
TE – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie terminowe na życie.

VI Dane ubezpieczonego współmałżonka/partnera

Nazwisko _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____

Data urodzenia -- PESEL

(jeżeli brak PESEL)

Kraj stałego zamieszkania: Polska Inny – jaki _____

Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____

Proszę o aktualizację danych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail. Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

VII Uposażeni ubezpieczonego współmałżonka/partnera

dotyczy również miesięcznego świadczenia

1. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia -- Miejsce urodzenia _____

(jeżeli brak PESEL)

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy -- Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

2. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia -- Miejsce urodzenia _____

(jeżeli brak PESEL)

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy -- Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

VIII Uposażeni ubezpieczonego współmałżonka/partnera, którym wypłacimy miesięczne świadczenie MS.

Należy wypełnić tylko w przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego MS jeśli uposażony w ubezpieczeniu MS ma być inny niż w ubezpieczeniu terminowym.

1. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia _____
(jeżeli brak PESEL)

Miejsce urodzenia _____

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

2. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____

PESEL/Regon

Data urodzenia _____
(jeżeli brak PESEL)

Miejsce urodzenia _____

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

IX Zmiana w zakresie ubezpieczeń dodatkowych ubezpieczonego współmałżonka/partnera

(W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego TE, NW, WK, TU, CC, MS, US, LZ należy zawsze załączyć wypełnioną Ankiętę medyczną)

Ubezpieczenie dodatkowe	Składka	Zawarcie	Wypowiedzenie	Odstąpienie	Zmiana warunków	Wariant ubezpieczenia	Czas trwania umowy	Wysokość świadczenia	Okres wypłaty świadczenia	Suma ubezpieczenia
TE	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
NW	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
WK	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
ZK	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
OP	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
CC	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Premium				<input type="text"/> zł
LS	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV				<input type="text"/> zł
MS	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
TU	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
US	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
LZ	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł
	<input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="text"/> zł

Skrócone i pełne nazwy ubezpieczeń dodatkowych:

- TE** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie terminowe na życie;
- NW** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem;
- WK** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek śmierci spowodowanej wypadkiem komunikacyjnym;
- ZK** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek złamania kości ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- OP** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych;

- CC** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkich chorób;
- LS** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego;
- MS** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na życie z miesięczną wypłatą świadczenia;
- TU** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;
- US** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek utraty sprawności w życiu codziennym;
- LZ** – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie leczenia za granicą.

X Dane ubezpieczonego dziecka

Nazwisko _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____

Data urodzenia _____
(jeżeli brak PESEL)

PESEL

Kraj stałego zamieszkania: Polska Inny – jaki _____

Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____

Proszę o aktualizację danych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail.
Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

XI Uposażeni ubezpieczonego dziecka

1. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) _____ Miejsce urodzenia _____

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

2. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) _____ Miejsce urodzenia _____

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

XII Dane przedstawiciela ubezpieczonego dziecka

Nazwisko _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____

Data urodzenia (jeżeli brak PESEL) _____ PESEL

Kraj urodzenia _____ Obywatelstwo polskie inne _____

Dokument tożsamości Dowód osobisty Paszport Inny _____

Seria i numer dokumentu tożsamości

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

XIII Zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych ubezpieczonego dziecka

(W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego DC, DU, DL, DO, DZ należy zawsze załączyć wypełnioną Ankietę medyczną)

Ubezpieczenie dodatkowe	Składka	Zawarcie	Wypowiedzenie	Odstąpienie	Zmiana warunków	Wariant ubezpieczenia	Czas trwania umowy	Suma ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł
<input type="checkbox"/> DC	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł
<input type="checkbox"/> DL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł
<input type="checkbox"/> DU	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł
<input type="checkbox"/> DO	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł
<input type="checkbox"/> DZ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> , <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> zł

Skrócone i pełne nazwy ubezpieczeń dodatkowych:

DT – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie terminowe na życie dziecka;
DC – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkich chorób dziecka;
DU – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;

DL – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego dziecka;
DO – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych dziecka;
DZ – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie leczenia za granicą dziecka.

XIV Dane ubezpieczonego dziecka

Nazwisko _____

Pierwsze imię _____ Drugie imię _____

Data urodzenia -- PESEL

(jeżeli brak PESEL)

Kraj stałego zamieszkania: Polska Inny – jaki _____

Miejsce urodzenia _____ Kraj urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____

Proszę o aktualizację danych w zakresie numeru telefonu i adresu e-mail.

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez PZU Życie SA informacji i dokumentów, w tym OWU, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą z PZU Życie SA umową ubezpieczenia, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres e-mail.
Zobowiązuję się niezwłocznie informować PZU Życie SA o każdej zmianie podanych danych kontaktowych.

Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

XV Uposażeni ubezpieczonego dziecka

1. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia -- Miejsce urodzenia _____

(jeżeli brak PESEL)

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

Kod pocztowy Miejscowość _____

Kraj Polska Inny – jaki _____

2. Nazwisko/Nazwa _____

Imię _____ PESEL/Regon

Data urodzenia -- Miejsce urodzenia _____

(jeżeli brak PESEL)

% świadczenia %

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Kod pocztowy -- Miejsowość _____
Kraj Polska Inny – jaki _____

XVI Dane przedstawiciela ubezpieczonego dziecka

Nazwisko _____
Pierwsze imię _____ Drugie imię _____
Data urodzenia -- PESEL
(jeżeli brak PESEL)
Kraj urodzenia _____ Obywatelstwo polskie inne _____
Dokument tożsamości Dowód osobisty Paszport Inny _____
Seria i numer dokumentu tożsamości
Telefon kontaktowy _____ E-mail _____

Adres do korespondencji:

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Kod pocztowy - Miejsowość _____
Kraj Polska Inny – jaki _____

XVII Zmiana w zakresie umów ubezpieczeń dodatkowych ubezpieczonego dziecka

(W przypadku wnioskowanego zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego DC, DU, DL, DO, DZ należy zawsze załączyć wypełnioną Ankiętę medyczną)

Ubezpieczenie dodatkowe	Składka	Zawarcie	Wypowiedzenie	Odstąpienie	Zmiana warunków	Wariant ubezpieczenia	Czas trwania umowy	Suma ubezpieczenia
<input type="checkbox"/> DT	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
<input type="checkbox"/> DC	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
<input type="checkbox"/> DL	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
<input type="checkbox"/> DU	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
<input type="checkbox"/> DO	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
<input type="checkbox"/> DZ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> zł	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> zł

Skrócone i pełne nazwy ubezpieczeń dodatkowych:

DT – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie terminowe na życie dziecka;
DC – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek ciężkich chorób dziecka;
DU – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem;

DL – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek leczenia szpitalnego dziecka;
DO – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie na wypadek operacji chirurgicznych dziecka;
DZ – dodatkowe indywidualne ubezpieczenie leczenia za granicą dziecka.

XVIII Załączniki

- Ankieta medyczna ubezpieczonego.
 Ankieta medyczna ubezpieczonego współmałżonka/partnera.
 Ankieta medyczna ubezpieczonego dziecka:
 Ankieta medyczna ubezpieczonego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka

Imię i nazwisko dziecka

Jako ubezpieczający:

- Oświadczam, że przed zawarciem umowy ubezpieczenia dystrybutor ubezpieczeń przeprowadził ze mną rozmowę, w trakcie której pozyskał ode mnie informacje w celu ustalenia moich potrzeb i wymagań co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej dla wskazanego przeze mnie ubezpieczonego/ubezpieczonych przy uwzględnieniu wysokości składki, jaką jestem skłonny/sklonna zapłacić.
- Oświadczam, że podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA wszystkie znane mi okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana we wniosku o ubezpieczenie i jestem świadomy/świadoma, że PZU Życie SA nie będzie ponosić odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana, a których nie podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez PZU Życie SA moich danych osobowych na żądanie reasekuratora lub innego zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Oświadczam, że doręczono mi ogólne warunki ubezpieczenia, na podstawie których wnioskuję o zawarcie umowy/umów ubezpieczenia oraz informacje o produkcie ubezpieczeniowym.
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
- Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam poinformowana o przysługującym mi, jako ubezpieczającemu, prawie odstąpienia od umowy oraz o terminie dla ubezpieczającego na odstąpienie od umowy wynoszącym 30 dni, a gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – 7 dni, od daty jej zawarcia.
- Oświadczam, że w całym okresie ubezpieczenia w umowach dodatkowych, o zawarcie których wnioskuję będę ponosił koszt finansowania składki z własnych środków. Jednocześnie zobowiązuję się do poinformowania PZU Życie SA o zamiarze zawarcia z ubezpieczonym porozumienia co do przejścia przez niego obowiązku finansowania składki.

Jako ubezpieczony:

- Oświadczam, że podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA wszystkie znane mi okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana we wniosku o ubezpieczenie oraz w ankiecie medycznej (jeżeli dotyczy) i jestem świadomy/świadoma, że PZU Życie SA nie będzie ponosić odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana, a których nie podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez PZU Życie SA moich danych osobowych na żądanie reasekuratora lub innego zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia określonych w art. 38 ust 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach

Jako ubezpieczony współmałżonek/partner:

- Oświadczam, że podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA wszystkie znane mi okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana we wniosku o ubezpieczenie oraz w ankiecie medycznej i jestem świadomy/świadoma, że PZU Życie SA nie będzie ponosić odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana, a których nie podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez PZU Życie SA moich danych osobowych na żądanie reasekuratora lub innego zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia określonych w art. 38 ust 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i wyrażam zgodę na jej udostępnienie PZU Życie SA. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody

Jako ubezpieczone dziecko:

Imię i nazwisko dziecka

- Oświadczam, że podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA wszystkie znane mi okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana we wniosku o ubezpieczenie oraz w ankiecie medycznej i jestem świadomy/świadoma, że PZU Życie SA nie będzie ponosić odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zostałem zapytany/zostałam zapytana, a których nie podałem/podałam do wiadomości PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie przez PZU Życie SA moich danych osobowych na żądanie reasekuratora lub innego zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
- Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia określonych w art. 38 ust 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie

sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i wyrażam zgodę na jej udostępnienie PZU Życie SA. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA dokonania oceny ryzyka i weryfikacji podanych przeze mnie informacji o moim stanie zdrowia oraz ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawnione do występowania o w/w informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci.

- Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia na życie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi ogólne warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia, o której zawarcie wnioskuję ubezpieczający.
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA dokonania oceny ryzyka i weryfikacji podanych przeze mnie informacji o moim stanie zdrowia oraz ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawnione do występowania o w/w informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci.

- Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia na życie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi ogólne warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia, o której zawarcie wnioskuję ubezpieczający.
- Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
- 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.
- 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 finansowych oraz przedstawiania odpowiedniej oferty.
- Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, 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 informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i wyrażam zgodę na jej udostępnienie PZU Życie SA. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA dokonania oceny ryzyka i weryfikacji podanych przeze mnie informacji o moim stanie zdrowia oraz ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawnione do występowania o w/w informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci.

- Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia na życie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
- Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi ogólne warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia, o której zawarcie wnioskuję ubezpieczający.

6. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznaliśmy się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
7. 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.
8. 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 finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, 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 informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

Jako ubezpieczone dziecko :

Imię i nazwisko dziecka _____

1. Oświadczam, że podałam/podałam do wiadomości PZU Życie SA wszystkie znane mi okoliczności, o które zostałam zapytana/zostałam zapytany w wniosku o ubezpieczenie oraz w ankiecie medycznej i jestem świadomy/świadoma, że PZU Życie SA nie będzie ponosić odpowiedzialności za skutki okoliczności, o które zostałam zapytana/zostałam zapytany, a których nie podałam/podałam do wiadomości PZU Życie SA.
2. Wyrażam zgodę na udostępnianie przez PZU Życie SA moich danych osobowych na żądanie reasekuratora lub innego zakładu ubezpieczeń w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osobę, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego z umowy ubezpieczenia do świadczenia i jego wysokości.
3. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia określonych w art. 38 ust 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badań diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i wyrażam zgodę na jej udostępnienie PZU Życie SA. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na

celu umożliwienie PZU Życie SA dokonania oceny ryzyka i weryfikacji podanych przeze mnie informacji o moim stanie zdrowia oraz ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego.

Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawnione do występowania o w/w informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci.

4. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia na życie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
5. Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową doręczono mi ogólne warunki ubezpieczenia mające zastosowanie do umowy ubezpieczenia, o której zawarcie wnioskuję ubezpieczający.
6. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznaliśmy się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.
7. 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.
8. 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 finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, 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 informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

W przypadku zgody proszę wstawić X w pole.

XX Potwierdzenia

W zakresie, w jakim podstawą 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.

Miejscowość _____

Data

Potwierdzam wolę zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego na warunkach zawartych w formularzu zmian w umowie, a także składam powyższe oświadczenia i wyrażam powyższe zgody jako ubezpieczający.

Podpis ubezpieczającego/pełnomocnika ubezpieczającego

Składam powyższe oświadczenia i wyrażam powyższe zgody jako ubezpieczony.

Podpis ubezpieczonego/pełnomocnika ubezpieczonego

Składam powyższe oświadczenia i wyrażam powyższe zgody jako ubezpieczony współmałżonek/partner.

Podpis ubezpieczonego współmałżonka/partnera

Składam powyższe oświadczenia i wyrażam powyższe zgody w imieniu ubezpieczonego dziecka

imię i nazwisko dziecka

Podpis przedstawiciela ubezpieczonego dziecka

Składam powyższe oświadczenia i wyrażam powyższe zgody w imieniu ubezpieczonego dziecka

imię i nazwisko dziecka

Podpis przedstawiciela ubezpieczonego dziecka

Data przyjęcia zgłoszenia

--

NEPU

Nr telefonu osoby przyjmującej zgłoszenie

Pieczętka imienna i podpis osoby upoważnionej przez PZU Życie SA

