

Numer polisy PZU Na Życie Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer deklaracji PZU Na Życie Plus

Numer polisy (W Razie Wypadku)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie dla bliskich Plus)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie dla bliskich Plus)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

Grupowe ubezpieczenie PZU Na Życie Plus i pakiety dodatkowe

☐ Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)
- ☐ Pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia, a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.



1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami
2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach
3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Imię _____

Nazwisko _____

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL _____
(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia ____-____-____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jaki: _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Kraj stałego zamieszkania _____
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia



Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail _____

Nr telefonu _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki: _____

Wariant ubezpieczenia



Informacje o wariantach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus:

| Wariant I | Wariant II | Wariant III | Wariant IV |
|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 64,00 zł | <input type="checkbox"/> 80,00 zł | <input type="checkbox"/> 100,00 zł | <input type="checkbox"/> 50,00 zł |

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie w razie nowotworu):

| |
|-----------------------------------|
| zakres podstawowy |
| <input type="checkbox"/> 12,00 zł |

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy W Razie Wypadku):

| Wariant I | Wariant II |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6,50 zł | <input type="checkbox"/> 12,00 zł |

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie dla bliskich Plus) – dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego:

| |
|-----------------------------------|
| Wariant I |
| <input type="checkbox"/> 12,00 zł |

Wybieram opcje dodatkowe:



Zagraniczna konsultacja medyczna i usługi assistance

☐ zakres podstawowy ze składką 2,26 zł ☐ zakres rozszerzony ze składką 3,39 zł



Asystent w czasie utraty zdrowia

☐ dla ubezpieczonego ze składką 1,31 zł

Uposażeni



Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

| Lp. | Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu | PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu | Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL | % świadczenia |
|-----|-------------------------------------|--|--|--|
| 1 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 2 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 3 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| | | | | RAZEM 100% |

Dane partnera życiowego



Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

| | |
|--|--|
| Imię _____ | Nazwisko _____ |
| PESEL <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Data urodzenia <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia) (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia) | |
| Miejsce urodzenia _____ | Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie i/albo <input type="checkbox"/> inne – jakieg: _____ |
| (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia) | |

Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika)



W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

| | |
|---|--|
| Imię _____ | Nazwisko _____ |
| PESEL <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Data zawarcia związku małżeńskiego <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| (dotyczy małżonka) | |
| Data <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Podpis ubezpieczonego podstawowego _____ (pracownika) |



Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

- Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć
- 1A. Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus, pakietu dodatkowego W Razie Wypadku, Wsparcie dla bliskich Plus).
- 1B. Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Ponadto oświadczam, że jest mi znana treść zmiany wariantu ubezpieczenia, która nastąpi w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przeze mnie wieku określonego w danym wariantcie ubezpieczenia, akceptuję zmianę wariantu ubezpieczenia po ukończeniu wskazanego wieku zgodnie z treścią oferty zaakceptowanej przez ubezpieczającego, którą otrzymałam/em przed przystąpieniem do ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy, Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus).
2. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie 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 dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
3. 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.
4. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
- 1) nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo
- 2) byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
- 3) byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony
- (proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).
- Oświadczam, że:
- a) Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- miażdżycę, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,
 - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,
 - przewlekła obturacyjna choroba płuc,
 - przewlekła niewydolność nerek,
 - alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,
 - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,
- b) W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- c) 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.
5. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Zgody marketingowe

| | |
|---|--|
| ZOBACZ, CO ZYSKASZ: | Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz. |
| Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU. | <input type="checkbox"/> 6. 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. |
| Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em. | <input type="checkbox"/> 7. 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). |
| Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje. | <input type="checkbox"/> 8. 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). |
| Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy. | <input type="checkbox"/> 9. 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. |

Sposób dostarczenia dokumentacji i informacji o ubezpieczeniu

| | |
|--|--|
| ZOBACZ, CO ZYSKASZ: | Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz. |
| Informacje o swoim ubezpieczeniu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em. | <input type="checkbox"/> 10. Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia 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. |

Nazwy i adresy spółek, których nazwy występują w treści zgód marketingowych

| Skrócona nazwa spółki | Pełna nazwa spółki | Adres siedziby |
|-----------------------|--|--|
| PZU SA | Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| PZU Życie SA | Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| PTE PZU SA | Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| TFI PZU SA | Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| PZU Pomoc SA | PZU Pomoc Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| PZU Zdrowie SA | PZU Zdrowie Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| PZU CO SA | PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna | Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa |
| Link4 TU SA | LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna | ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa |
| PEKAO SA | Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna | ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa |
| Alior Bank SA | Alior Bank Spółka Akcyjna | ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa |

Informacje

1. Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz 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. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.
2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępnia serwis mojePZU. Po przystąpieniu do (umowy) grupowego ubezpieczenia ubezpieczony otrzyma jednorazowe hasło oraz login do mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Jednorazowe hasło wygasa po 3 dniach od jego otrzymania. Po wygaśnięciu jednorazowego hasła założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Data

Podpis osoby przystępującej



Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (zakład pracy)

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

Data

Pieczęćka ubezpieczającego

Podpis i pieczęćka albo czytelny podpis
osoby obsługującej ubezpieczenie