



Nr polisy

Nr deklaracji

Deklaracja przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S i ubezpieczeń dodatkowych

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

- zmiany zakresu ubezpieczenia/świadczeniodawcy
 zmiany danych ubezpieczonego
 zmiany uposażonych – unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonego osobę wymienioną w części IV.

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I. Dane dotyczące ubezpieczonego – proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami

¹⁾ wypełnić, gdy obywatelstwo polskie

²⁾ wypełnić, gdy jest inny niż Polska

<input type="checkbox"/> osoba formalnie związana z ubezpieczającym (np. pracownik)			
<input type="checkbox"/> partner życiowy ubezpieczonego bądź dziecko nie związane formalnie z ubezpieczającym			
<input type="checkbox"/> inna osoba nie związana formalnie z ubezpieczającym			
<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	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"/>	Miejsce urodzenia
Nazwisko	Imię		
Drugie imię			
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:	PESEL ¹⁾ <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"/>		
Kraj stałego zamieszkania ²⁾			
Adres do korespondencji:			
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
Miejscowość	Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny (nazwa)		
Kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta		
Telefon kontaktowy	E-mail		

II. Zgoda na objęcie ubezpieczeniem

Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie Opieka Medyczna S

Składka (na życie) , zł

Składka (na zdrowie) , zł

kod zakresu (dotyczy ubezpieczonego i każdego współubezpieczonego)

Wniosuję o realizację świadczeń zdrowotnych w

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Doraźna Ochrona Medyczna

zakres podstawowy (ubezpieczony) zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. **22 575 90 18**

Składka , zł

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego

Składka , zł

Suma ubezpieczenia Życie , zł LC , zł

Współubezpieczeni

²⁾ proszę wypełnić gdy jest inny niż Polska

³⁾ w przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody)

⁴⁾ w przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy

Lp.	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Pierwsze imię	Drugie imię
1.	Nazwisko	PESEL	
Stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> partner życiowy <input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> inny			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
dd - mm - rrrrrr			
Adres do korespondencji		Kod pocztowy	Pocztą
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny (nazwa)	
Kraj stałego zamieszkania ²⁾			
Telefon kontaktowy		E-mail	
Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w pkt 2 części V deklaracji. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 9 i 10 części V oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 i 8 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji zgodnie z zapisami pkt 7 części V deklaracji.			

dd - mm - rrrrrr
data

.....
podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego ⁴⁾

Lp.	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Pierwsze imię	Drugie imię
2.	Nazwisko	PESEL	
Stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> partner życiowy <input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> inny			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
dd - mm - rrrrrr			
Adres do korespondencji		Kod pocztowy	Pocztą
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny (nazwa)	
Kraj stałego zamieszkania ²⁾			
Telefon kontaktowy		E-mail	
Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w pkt 2 części V deklaracji. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 9 i 10 części V oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 i 8 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji zgodnie z zapisami pkt 7 części V deklaracji.			

dd - mm - rrrrrr
data

.....
podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego ⁴⁾

Lp.	<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Pierwsze imię	Drugie imię
3.	Nazwisko	PESEL	
Stopień pokrewieństwa <input type="checkbox"/> partner życiowy <input type="checkbox"/> dziecko <input type="checkbox"/> inny			
Data urodzenia		Miejsce urodzenia	
dd - mm - rrrrrr			
Adres do korespondencji		Kod pocztowy	Pocztą
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj <input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny (nazwa)	
Kraj stałego zamieszkania ²⁾			
Telefon kontaktowy		E-mail	
Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w pkt 2 części V deklaracji. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 9 i 10 części V oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 i 8 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części V deklaracji.			
<input type="checkbox"/> ³⁾ Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji zgodnie z zapisami pkt 7 części V deklaracji.			

dd - mm - rrrrrr
data

.....
podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego ⁴⁾

III. Łączna wysokość składek , zł.

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 formalnie związanej z ubezpieczającym).

IV. Uposażeni – w przypadku niewskazania uposażonego, 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"/> <input type="text"/> %
2.				<input type="text"/> <input type="text"/> %

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

³⁾ w przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody)

Oświadczam, że:

- Przed podpisaniem niniejszej Deklaracji przystąpienia otrzymałam/em i zapoznałam/em się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia, na podstawie których wnioskuję o przystąpienie do ubezpieczenia. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. Oświadczam, że zapoznałam/em się z zakresem świadczeń z tytułu ubezpieczenia i wyłączeniami odpowiedzialności z tytułu uprzednio występującej choroby.
- Zostałam/em poinformowana/y, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia oraz realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2010 r. Nr 46, poz. 276 t.j.). Jednocześnie oświadczam, że jestem uprawniony do udostępniania danych osobowych innych osób wymienionych w tym dokumencie.
- 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA, z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w wyżej wymienionych celach.
- ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu zakładowi ubezpieczeń 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).
- ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta lub zostanie rozwiązana.
- ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, PTE 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. Powyższe dane podaję dobrowolnie.
- ³⁾ Wyrażam zgodę na przesyłanie mi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych przez: PZU SA, PZU Życie SA, PTE 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 inne podmioty powiązane kapitałowo z PZU Życie SA.
- W celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych:
 - świadczeniodawcy medycznemu realizującego/emu procedury wynikające z wybranego przeze mnie zakresu ubezpieczenia;
 - podmiotowi wykonującemu czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz PZU Życie SA, zgodnie z art. 3 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle 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.

- -

data

.....
podpis ubezpieczonego

VI. Oświadczenie płatnika składki – proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje osoba niezwiązana formalnie z ubezpieczającym

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wpłat składek na ubezpieczenie za następujące osoby: partner życiowy dziecko/dzieci inna osoba

Nazwisko płatnika

Imię płatnika

PESEL 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 - -

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

- -

data wpływu do PZU Życie SA

.....
pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

IX. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia dodatkowego od dnia - -

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

- -

data

.....
podpis ubezpieczonego

X. Rezygnacja współubezpieczonego

Pan Pani Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Stopień pokrewieństwa partner życiowy dziecko inny

Data urodzenia - -

Miejsce urodzenia

Adres do korespondencji Kod pocztowy - Poczta

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kraj Polska inny (nazwa)

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

- -

data

.....
podpis ubezpieczonego