Nr 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 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	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	Miejsce urodzenia	
Nazwisko			Imię	
Obywatelstwo	☐ polskie ☐ inne		PESEL	
Kraj stałego zamieszkania [1]				

Adres do korespondencji:

Ulica		Nr domu		Nr lokalu	
Miejscowość		Kraj	☐ Polska ☐ inny .....(nazwa)		
Kod pocztowy		Poczta			
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 - ..... zł [2]

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 współubezpieczeni). 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 współubezpieczeni).

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.				|__|__|__| %
2.				|__|__| %
3.				|__|__| %
4.				|__|__| %
			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 dziecka [3].
   Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
4. ☐Wyrażam zgodę[4] / ☐ Nie wyrażam zgody[4] 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 zgodę[4] / ☐ Nie wyrażam zgody[4] 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. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
6. ☐Wyrażam zgodę[4] / ☐ Nie wyrażam zgody[4] 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.
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 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.
8. 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.

9. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	
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 SKŁADKI (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

Nazwisko płatnika:	
Imię płatnika:	
PESEL płatnika	
Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|

|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	
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 \|_d_\|_d_\|_m_\|_m_\|_r_\|_r_\|_r_\|_r_\| [5]

[5] dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko

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

|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|		
Data	Pieczęć ubezpieczającego	Pieczątka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

UWAGI DODATKOWE

.....

.....

VIII. WYPEŁNIA PZU ŻYCIE SA

Nr jednostki		
|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|		
Data wpływu do PZU Życie SA		Pieczątka i podpis pracownika PZU Życie SA

IX. REZYGNACJA

Rezygnacja z ubezpieczenia .....wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia \|_d_\|_d_\|_m_\|_m_\|_r_\|_r_\|_r_\|_r_\|

|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	
Data	Podpis ubezpieczonego

PZUŻ 8155/4

Nr polisy		Numer deklaracji	

ZAŁĄCZNIK DO DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA

X. NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO OPIEKA MEDYCZNA

☐Wnioskuję o przystąpienie do dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna (UZ) – kod zakresu |__|__| (ubezpieczeni lub współubezpieczeni)

A. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko		Pierwsze Imię	
Drugie imię		Imię ojca	
PESEL		NIP	

Wnioskuję o realizację świadczeń zdrowotnych w .....

B. WSPÓŁUBEZPIECZENI:

Lp.		Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.	☐Pani ☐ Pan						☐ mąż/żona/konkubent ☐ dziecko

Data urodzenia	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	Miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji	Kod ocztowy |__|__|-|__|__|__|	Poczta	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	☐ Polska ☐ inny .....(nazwa)

Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt. 8 i 9 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 części V deklaracji .
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 4 części V deklaracji.
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 5 części V deklaracji.
☐Wyrażam zgodę[1)]/ ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 6 części V deklaracji.

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego[2]		Data	|_d_|_d_|_m_|_m_| _r_|_r_|_r_|_r_|

Lp		Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa
2.	☐Pani ☐ Pan						☐ mąż/żona/konkubent ☐ dziecko

Data urodzenia	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	Miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji	Kod pocztowy |__|__|-|__|__|__|	Poczta	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	☐ Polska ☐ inny .....(nazwa)

Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt. 8 i 9 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 części V deklaracji .
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 4 części V deklaracji.
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 5 części V deklaracji.
☐Wyrażam zgodę[1)]/ ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 6 części V deklaracji.

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego[2]		Data	|_d_|_d_|_m_|_m_| _r_|_r_|_r_|_r_|

Lp.		Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa
3.	☐Pani ☐ Pan						☐ mąż/żona/konkubent ☐ dziecko

Data urodzenia	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	Miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji	Kod pocztowy |__|__|-|__|__|__|	Poczta	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	☐ Polska ☐ inny .....(nazwa)

Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt. 8 i 9 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 części V deklaracji .
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 4 części V deklaracji.
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 5 części V deklaracji.
☐Wyrażam zgodę[1)]/ ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 6 części V deklaracji.

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego[2]		Data	|_d_|_d_|_m_|_m_| _r_|_r_|_r_|_r_|

Lp.		Pierwsze imię	Drugie imię	Nazwisko	Imię ojca	PESEL	Stopień pokrewieństwa
4.	☐Pani ☐ Pan						☐ mąż/żona/konkubent ☐ dziecko

Data urodzenia	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	Miejsce urodzenia	
Adres do korespondencji	Kod pocztowy |__|__|-|__|__|__|	Poczta	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość		Kraj	☐ Polska ☐ inny .....(nazwa)

Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia i wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt. 8 i 9 części V deklaracji oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 części V deklaracji .
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 4 części V deklaracji.
☐ Wyrażam zgodę[1)] / ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 5 części V deklaracji.
☐Wyrażam zgodę[1)]/ ☐Nie wyrażam zgody[1)] na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt. 6 części V deklaracji.

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego[2]		Data	|_d_|_d_|_m_|_m_| _r_|_r_|_r_|_r_|

|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	
Data	Podpis ubezpieczonego

[1)] proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)
[2)] w przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy

C. WYPEŁNIA PZU Życie SA

Nr ubezpieczonego	Kod świadczeniodawcy	
	Data wpływu do PZU Życie SA	
	|_d_|_d_|_m_|_m_|_r_|_r_|_r_|_r_|	Pieczątka i podpis pracownika PZU Życie SA