

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 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 nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym

 dziecko nie pozostające w stosunku prawnym z ubezpieczającym

 Pani Pan - -

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Miejsce urodzenia

Nazwisko

Imię

PESEL

Obywatelstwo: polskie Inne

Inne

Kraj stałego zamieszkania¹⁾

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Pocztą

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj:

 Polska inny (nazwa)¹⁾ proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.II. Łączna wysokość składek złWysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto zł²⁾

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)

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).

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 (nie dotyczy świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej)

IV. 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.				<input type="text"/> %
2.				<input type="text"/> %
3.				<input type="text"/> %
4.				<input type="text"/> %
Razem				100 %

V. 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 dziecka³⁾.
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ 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 zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ 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 zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ 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 powiązanim 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 powiązanim 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 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 (dd-mm-rrrr)

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 lub innych wypłat składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:

małżonka dziecka

Nazwisko płatnika Imię płatnika PESEL płatnika

- -
(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika) Data (dd-mm-rrrr)

- -
(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika) Data (dd-mm-rrrr)

- -
Data (dd-mm-rrrr)

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 - - ⁵⁾
Data (dd-mm-rrrr)

⁵⁾ dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko

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

VIII. 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

IX. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia - -
Data (dd-mm-rrrr)

- -
Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego