

numer polisy jest niezbędny

WZOR DLA UBEZPIECZAJĄCEGO SIĘ PAMIEŃCZY DZIECKA PEŁNOLETNIEGO MAŁŻONKA

NIE WPISUJ  
9 4 0 0 0 0 0 0 0 0  
Numer polisy typ P Plus  
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)  
14  
Numer deklaracji typ P Plus



Numer polisy PZU W Razie Wypadku  
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)  
Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)  
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku  
Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)  
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)  
Numer polisy (Ochrona dla dziecka)  
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)  
Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)

# Grupowe ubezpieczenie (P Plus, PZU W Razie Wypadku i pakiety dodatkowe PZU Na Życie Plus)

zaznacz check box, jeśli chcesz zmienić dane

zaznacz check box, jeśli przystępujesz do ubezpieczenia nowego ubezpieczenia zawartej pomiędzy Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332 a PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705.

Deklaracja przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu dla \_\_\_\_\_ (nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy) i grupowego ubezpieczenia (dalej Klubu)

Deklaracja zmiany danych  
Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego), a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

NIE →  
Przystępuję jako:  
 Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)  
 Pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego  
 Małżonek ubezpieczonego podstawowego  
 Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Twoje dane – zaznacz odpowiedni check box

→ tj. małżonek albo dziecko pełn albo partner z.

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 Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) – uzupełnij swoje dane – są one niezbędne

Imię A N N A

Nazwisko N O W A K

Płeć:  kobieta  mężczyzna  
PESEL 9 0 0 3 2 5 5 5 4 8 9  
Data urodzenia \_\_\_\_\_  
(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Miejsce urodzenia WARSZAWA  
Obywatelstwo  polskie i/albo inne – jakie: \_\_\_\_\_  
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

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

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) – uzupełnij swoje dane – są one niezbędne w celu kontaktu

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

E-mail jpolak@op.pl  
Nr telefonu 111222333

Ulica POZIOMKOWA  
Nr domu 17  
Nr mieszkania 30

Miejscowość WARSZAWA  
Kod pocztowy 00-100  
Poczta WARSZAWA

Kraj  Polska i/albo inny – jaki: \_\_\_\_\_



## Wariant ubezpieczenia

wpisz wysokość składki wybranego ubezpieczenia i numer wariantu (jeżeli w ofercie jest ich kilka)

**i** Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie.

Wybieram ubezpieczenie typ P Plus: ze składką 65 zł (wariant: I) – jeżeli w ofercie jest kilka wariantów

Wybieram ubezpieczenie PZU W Razie Wypadku: ze składką \_\_\_\_\_ zł (wariant: \_\_\_\_\_) – jeżeli w ofercie jest kilka wariantów

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką \_\_\_\_\_ zł (wariant: \_\_\_\_\_) – jeżeli w ofercie jest kilka wariantów  
(Pakiet dodatkowy - Ochrona dla dziecka)

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką 121,- zł (wariant: \_\_\_\_\_) – jeżeli w ofercie jest kilka wariantów  
(Pakiet dodatkowy - Wsparcie w razie nowotworu zakres podstawowy)

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus: ze składką 121,- zł (wariant: \_\_\_\_\_) – jeżeli w ofercie jest kilka wariantów  
(Pakiet dodatkowy - Wsparcie w razie nowotworu zakres podstawowy Plus)

## Assistance (dotyczy grupowego ubezpieczenia typ P Plus)

**i** Wypełnij w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Doraźna Ochrona Medyczna zakres:  podstawowy (ubezpieczony)  rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy // zagranicznej konsultacji medycznej zakres:  podstawowy (ubezpieczony)  rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia

## Uposażeni

podaj dane osób, które chcesz uposażyć – wpisz wszystkie osoby zarówno na deklaracji przystąpienia jak i na deklaracji zmiany danych

**i** 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 PESEL podmiotu	Data i miejsce urodzenia - jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1	KOWALSKI JAN	88101608777		100%
2				
3				
				RAZEM 100%

wskazujesz dane partnera życiowego, jeśli partner życiowy ubezpieczonego podstawowego (pracownika) chce przystąpić do ubezpieczenia to musi wypełnić swoją deklarację przystąpienia

**Dane partnera życiowego** (dotyczy ubezpieczenia PZU W Razie Wypadku, pakietów dodatkowych PZU Na Życie Plus, a w przypadku ubezpieczenia typ P Plus ma zastosowanie, jeśli zgodnie z umową ubezpieczenia można wskazać partnera życiowego)

**i** 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 \_\_\_\_\_ Data urodzenia \_\_\_\_\_

(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  polskie i/albo  inne - jakie: \_\_\_\_\_

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

**Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika)** ← sekcję wypełnia i podpisuje ubezpieczony podstawowy (pracownik)

**i** Tę część wypełnia pracownik (ubezpieczony podstawowy) – zarówno na swojej deklaracji, jak i na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Oświadczam, że z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia \_\_\_\_\_

umowa o pracę  umowa o dzieło  umowa zlecenie  inny - jaki: \_\_\_\_\_

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

Imię \_\_\_\_\_ Nazwisko \_\_\_\_\_

wpisać dane pracownika gdy ma żonę/partnera i lub dziecko pełn

wpisać



PeSEL pracownika

tylko gdy małżonek

PESEL

Data zawarcia związku małżeńskiego

(dotyczy małżonka)

złożenie podpisu ubezpieczonego podstawowego jest niezbędne we wskazanym miejscu na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego

(pracownika)

Podpis pracownika

### Oświadczenia osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

1. Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
- 2A. Chcę zostać objęta/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 przystępowego ubezpieczenia typ P Plus, grupowego ubezpieczenia PZU W Razie Wypadku, pakietu dodatkowego Ochrona dla dziecka).
- 2B. Chcę zostać objęta/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).
3. 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.
4. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywałam 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 (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W Razie Wypadku).
5. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO (przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych i pakietów dodatkowych PZU Na Życie Plus), 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:
  - miażdżyca, 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 przebyłam 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.

6. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).
7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).

uwaga - jeżeli przystępujesz jako małżonek, partner życiowy, pełnoletnie dziecko - przeczytaj dokładnie - to bardzo ważne oświadczenie

zaznacz check box przy oświadczeniach na które wyrażasz zgodę

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.

Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.



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 udostępnienie przez PZU Pomoc SA moich danych osobowych podmiotom z Grupy PZU, tj.: PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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 Klubu PZU Pomoc w Życiu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.



10. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA, oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej [https://www.pzu.pl/partnerzy\\_pzu\\_pomoc](https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc)) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu.



11. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej [https://www.pzu.pl/partnerzy\\_pzu\\_pomoc](https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc)) informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.



12. 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.



13. 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).

