Nr polisy

Nr deklaracji

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ☒ DEKLARACJA ZMIANY DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

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)

Przystępuję jako ☐ ubezpieczony podstawowy
ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ Pani ☐ Pan — Imię — Nazwisko

Data urodzenia (__-__-____) — Miejsce urodzenia — PESEL

Rodzaj dokumentu tożsamości — Numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo: ☐ polskie ☐ Inne: — Kraj stałego zamieszkania[1]

Adres do korespondencji: (__-___) Kod pocztowy — Poczta — **Kraj:** ☐ Polska ☐ inny:

Ulica — Nr domu — Nr lokalu — Miejscowość

Telefon kontaktowy — E-mail

II Łączna wysokość składek ____ zł

III Assistance **(nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU)** – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Doraźna Ochrona Medyczna **zakres** ☐ podstawowy (ubezpieczony) ☐ rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)
Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagraniczna konsultacja medyczna **zakres** ☐ podstawowy (ubezpieczony) ☐ rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)
Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia ☐

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

☐ Pani ☐ Pan — Data urodzenia (__-__-____) — Miejsce urodzenia

Nazwisko — Imię — PESEL

Obywatelstwo: ☐ polskie ☐ Inne:

Podpis partnera życiowego

V Uposażeni (W przypadku nie wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

Lp.	Nazwisko i imię/Nazwa	Data i miejsce urodzenia/REGON	PESEL	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1					___ %
2					___ %
				Razem	**1 0 0 %**

VI Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że

1. Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci2, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim

małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.2 Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.

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** (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
4. **Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy**(Proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia) **Oświadczam, że:**
   1. **Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:**
      1) **miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;**
      2) **przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;**
      3) **przewlekła obturacyjna choroba płuc;**
      4) **przewlekła niewydolność nerek;**
      5) **alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;**
      6) **cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.**
   2. **W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.**
   3. **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.**Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
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).
6. ☐[4] 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.
7. ☐[4] 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).
8. ☐[4] 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).
9. ☐[4] 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.
10. 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.

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Data

Podpis osoby przystępującej

VII Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego – proszę wypełnić na deklaracji ubezpieczonego bliskiego, gdy przystępuje on do ubezpieczenia

Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia) ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego (tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

VIII Wypełnia ubezpieczający

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 ☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐ [5]

☐☐ – ☐☐ – ☐☐☐☐
Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczątka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1.	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
2.	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
3.	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
4.	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
5.	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6.	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Chmielna 69, 00-801 Warszawa
7.	Link4 TU SA	Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
8.	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
9.	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
10.	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa

[1] Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.
[2] Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.
[3] Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy - usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby - usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna.
[4] W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).
[5] Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.