

719182444

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

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** 45,00 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 współubezpieczony)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 współubezpieczony).

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)**

Lp.	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.
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 dziecka³⁾. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
4. ☐ 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.
5. ☐ 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.)
6. ☐ 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 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 przewlekłe 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.

- -
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

Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym
(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)

- -
Data (dd-mm-rrrr)

Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia
(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