709572961
Nr polisy

Nr deklaracji

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA / ☐ DEKLARACJA ZMIANY DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE PZU OPIEKA MEDYCZNA S

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane dotyczące ubezpieczonego

☐ ubezpieczony (osoba formalnie związana z ubezpieczającym) INSURED ☐ mąż/żona/partner życiowy ubezpieczonego HUSBAND, WIFE, PARTNER ☐ dziecko ubezpieczonego CHILD

☐ Pani MRS ☐ Pan MR Imię: NAME Nazwisko: SURNAME

Data urodzenia: DATE OF BIRTH Miejsce urodzenia: PLACE OF BIRTH PESEL[1]

Rodzaj dokumentu tożsamości: PASSPORT Numer dokumentu tożsamości: NUMBER

Obywatelstwo: ☐ polskie ☒ Inne: CITIZENSHIP Kraj stałego zamieszkania[2]

ADDRESS CORRESPONDENCE **Adres do korespondencji:** Kod pocztowy: POSTAL CODE Poczta: CITY **Kraj:** ☐ Polska ☐ inny:

Ulica: STREET Nr domu: HOUSE NO. Nr lokalu: FLAT NO. Miejscowość: CITY

Telefon kontaktowy: PHONE NUMBER E-mail

II Zgoda na objęcie ubezpieczeniem

Forma zawarcia ubezpieczenia ☐ Pakiet indywidualny INDIVIDUAL ☐ Pakiet partnerski PARTNERSHIP ☐ Pakiet rodzinny FAMILY

Składka (życie) 0,25 zł Składka (zdrowie) DO NOT FILL IN zł Łączna wysokość składek TOTAL COST OF PACKAGE zł

Kod zakresu ☐☐ (dotyczy ubezpieczonego i każdego współubezpieczonego) **Wnioskuję o realizację świadczeń zdrowotnych w** PZU ZDROWIE

III 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	NAME & SURNAME	DATE & PLACE OF BIRTH		CORRESPONDENCE ADDRESS (WITH POSTCODE)	☐☐☐ %
2					☐☐ %
				Razem	100%

IV Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenia ubezpieczonego (wypełnia przystępujący 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. Zgadzam się* na założenie przez PZU Życie SA dedykowanego konta elektronicznego (trwały nośnik), na które mogę otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz poprzez które mogę zawierać lub przystępować do innych umów ubezpieczenia. Zapoznałam/em się z Regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną i akceptuję jego treść. Zgadzam się na otrzymywanie powiadomień o zmianach zawartości konta za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail).
   ☐ * w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x
3. 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 dzieci, 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.
4. **W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.**
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. ☐[3] 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. ☐[3] 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).
8. ☐[3] 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).

9. ☐[3] 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. ☐[3] Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
11. 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 DATE

SIGNATURE
Podpis ubezpieczonego

V 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 ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

☐☐-☐☐-☐☐☐☐
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. Łopuszańska 38D, 02-232 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. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa

[1] Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.
[2] Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.
[3] W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐(niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).