Numer polisy

Numer deklaracji

* 9 2 8 8 0 4 M O N E 0 1 *

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

NIEZALEŻNEGO SAMORZĄDOWEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PRACOWNIKÓW WOJSKA (dalej Klub)

Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu, na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:
Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332
a
PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

☐ **DEKLARACJA ZMIANY**

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

I Dane osoby przystępującej do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo ☐ Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania[1]

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta

Telefon kontaktowy E-mail

Kraj ☐ Polska Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki (wybrany wariant proszę zaznaczyć znakiem X)

Grupowe ubezpieczenie typ P Plus

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 69,85 zł	☐ 82,19 zł	☐ 94,05 zł

III Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

☐ Pan ☐ Pani Imię Nazwisko

D D – M M – R R R R

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo ☐ Polskie Inne

Podpis partnera życiowego

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				%
			Razem	1 0 0 %

V Oświadczenia osoby przystępującej do Klubu i do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

1. **Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.**
2. **Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.**
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[2], 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 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 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, przewlekle 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.
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 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 Pomoc SA, oraz jej partnerów handlowych informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
9. ☐[3] Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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 informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
10. ☐[3] Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
11. ☐[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.
12. ☐[3] Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem 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.
13. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).**
14. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).**

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można 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. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

D D – M M – R R R R

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby przystępującej

VI Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

1. Z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia: D D – M M – R R R R

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny

Jaki?

2. Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia) D D – M M – R R R R

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

D D – M M – R R R R

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego

VII Wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu D D – M M – R R R R

D D – M M – R R R R

Data

Pieczątka i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 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]W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).