Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

* 9 2 8 8 0 4 J A S W 0 1 *

Numer polisy PZU W Razie Wypadku | Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku | Numer polisy Wsparcie Onkologiczne

Numer polisy Opieka Medyczna S | Numer deklaracji Opieka Medyczna S | Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne

Numer polisy Ochrona dla Dziecka | Numer deklaracji Ochrona dla Dziecka

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla (dalej Klub)

Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UB... zawartej pomiędzy: Ubezpieczającym ... a PZU Życie SA z si... ...045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332 ...572705

☐ **DEKLARACJA ZI...**

ZAZNACZYĆ KTO WYPEŁNIA DEKLARACJĘ

Pracownik zaznacza "ubezpieczony podstawowy"

Określenia, które zost... 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: JAN

Nazwisko: KOWALSKI

Data urodzenia (dd-mm-rrrr): 05-02-1979 | Miejsce urodzenia: PSZCZYNA | PESEL: 79020511111

Obywatelstwo ☒ Polskie Inne | Kraj stałego zamieszkania[1]

Adres do korespondencji

Miejscowość: ORNONTOWICE

Ulica: GRZYBOWA | Nr domu: 1 | Nr lokalu

Kod pocztowy: 41-178 | Poczta: ORNONTOWICE

Telefon kontaktowy: 666777888 | E-mail: janekx7911@gmail.com

Kraj ☒ Polska Inny (nazwa)

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

Warianty PODSTAWOWE grupowego ubezpieczenia typ P Plus wraz z grupowym ubezpieczeniem na życie i zdrowie Opieka Medyczna S w zakresie INTRO (proszę wybrać jeden wariant)

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
☐ 93,50 zł	☐ 116		

NIE WYPEŁNIAĆ

(zostanie uzupełnione podczas składania deklaracji w agencji JSU)

Pakiet dodatkowy Wsparcie Onkologiczne

	Wysokość świadczenia
	Wariant I ☐ 17,00 zł
...go	100 zł
...riancie podstawowym	1 000 zł
...tworu złośliwego: ...y nie ukończył 45 roku życia	41 000 zł
...y ukończył 45 rok życia i nie ...ycia	17 000 zł
...ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia	5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	5 000 zł

Grupowe ubezpieczenie PZU W Razie Wypadku

Wariant I
☐ 12,00 zł

Ochrona dla Dziecka

Wariant I
☐ 16,00 zł

III Partner życiowy (wskazuje jako partnera życiowego następującą osobę)

☐ Pan ☐ Pani Imię

WYPEŁNIĆ WYŁĄCZNIE WTEDY, GDY ZAMIAST MAŁŻONKA POSIADASZ PARTNERA ŻYCIOWEGO

Data urodzenia | PESEL

Obywatelstwo ☐ Polskie Inne

Podpis partnera życiowego

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

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	ANNA KOWALSKA	08.04.1980 RYBNIK	UL.GRZYBOWA 1, 43-178 ORNONTOWICE	100 %
2				%
3				%
			Razem	100 %

V Oświadczenia osoby przystępującej do Klubu i do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

1. **Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałem/am 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 oświadczenia 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, mig... nie przedsionków;**
      2) **przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar m... choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;**
      3) **przewlekła obturacyjna choroba płuc;**
      4) **przewlekła niewydolność nerek;**
      5) **alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenia wątroby, niewydolność w... by, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzu...**
      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.

PODPISUJE OSOBA, KTÓRA WYPEŁNIA DEKLARACJĘ (pracownik lub małżonek lub partner albo pełnoletnie dziecko)

...ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę może... odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu... albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wp... na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

Data (dd-mm-rrrr): 29-09-2022 | Kowalski Jan — **Podpis osoby przystępującej**

VI Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

1. Z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

PRACOWNIK WPISUJE DATĘ ZATRUDNIENIA NA KOPALNI

☐ 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) ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego | PESEL ubezpieczonego podstawowego

Data | Kowalski Jan — **Podpis ubezpieczonego podstawowego**

WYPEŁNIA PRACOWNIK TYLKO NA DEKLARACJI PRZYSTĄPIENIA ŻONY, PARTNERA LUB PEŁNOLETNIEGO DZIECKA

PODPIS PRACOWNIKA (ubezpieczonego podstawowego)

VII Wyp...

Data przys...

Data | Pieczątka i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
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).