

Numer polisy
Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

(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)

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

Pan Pani Imię

Nazwisko
 PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość
Ulica Nr domu Nr lokalu
Kod pocztowy Poczta
Telefon kontaktowy E-mail
Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek za ubezpieczenie

zł

III Assistance – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Doraźna Ochrona Medyczna Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Asystent w czasie utraty zdrowia

IV Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pan Pani Imię

Nazwisko 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 | Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym | % świadczenia |
|--------------|-------------------------|----------------------------------|--|---|
| 1 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 2 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| 3 | | | | <input type="text"/> <input type="text"/> % |
| Razem | | | | 1 0 0 % |

VI Zgoda na przystąpienie do Klubu i objęcie ubezpieczeniem oraz oświadczenia osoby przystępującej

Oświadczam, że:

- ² Zgadzę się na to, że PZU Życie SA, PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA będą używać telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne).
 - ² Zgadzę się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Pomoc SA w celach marketingowych, jeśli nie zostanę członkiem Klubu lub moje członkostwo w Klubie wygaśnie.
 - ² Zgadzę się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
 - ² Zgadzę się na wystąpienie zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci³, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia i rokowań, 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 świadczeniiodawców, którzy udzielił mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci. Zgadzę się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- * W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X.
- ² Zgadzę się na przesyłanie informacji (w tym dokumentów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń), które mają związek z moimi ubezpieczeniami w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail). Zobowiązuję się niezwłocznie uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
 - ² Zgadzę się na udostępnienie w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania moich danych osobowych oraz do zgłoszenia sprzeciwu na przetwarzanie danych w celach marketingowych lub przekazywania danych osobowych innemu administratorowi danych.
 - ² Zgadzę się na przesyłanie informacji handlowych przez PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).
 - 11. 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.**
 - 12. Oświadczenia składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.**

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w związku z przystąpieniem do Klubu będzie PZU Pomoc Spółka Akcyjna. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Dane przetwarzane będą w celach obsługowych, analitycznych, dochodzenia roszczeń oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do uczestnictwa w Klubie.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia będzie PZU Życie SA. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Dane przetwarzane będą w celach obsługowych, analitycznych, dochodzenia roszczeń oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do ubezpieczenia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

| 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 |

Oświadczenie dla ubezpieczonego, którego to dotyczy:

Oświadczam, że otrzymałam/em warunki ubezpieczenia obowiązujące w umowach ubezpieczenia zawartych przez ubezpieczającego z PZU Życie SA, w ramach których jestem aktualnie ubezpieczona/y.

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby przystępującej

VII Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

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

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

Podpis ubezpieczonego podstawowego

VIII Wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu - -

- -

Data

Pieczęć i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

¹Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. ²W przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ³Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń na wypadek: utraty zdrowia przez dziecko, śmierci dziecka, śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.