

Nr deklaracji

Nr polisy PJ

**GRUPOWE UBEZPIECZENIE EMERYTALNE POGODNA JESIEŃ****DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA  ZMIANA**

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

Pieczęć PZU Centrum Operacji SA

Pieczęć jednostki PZU Życie SA

**I Dane dotyczące ubezpieczonego** Pan  Pani 

Nazwisko

Imię

Obywatelstwo  polskie  inne Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup> 

PESEL

Data urodzenia

Miejsce urodzenia 

Kraj urodzenia

TIN (numer identyfikacji podatkowej w USA) Rezydencja podatkowa **Adres do korespondencji:**

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

Kraj:  Polska  inny: 

Telefon kontaktowy

E-mail **Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek, jeżeli pochodzą z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat oraz przekazywania ich do PZU Życie SA.****II Składka** , 00 zł z każdego wynagrodzenia, słownie:  , 00 % każdego wynagrodzenia, słownie:  jednorazowo , 00 zł, słownie:  Od  -  -  do  -  -  - , 00 zł,słownie: **Środki ze składek proszę lokować w 100% w Funduszu Stabilna Pogodna Jesień (kod funduszu UWZ03).****III Uposażeni** w przypadku niewskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia1.    % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Data i miejsce urodzenia / Regon

**Adres do korespondencji:**  - 

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Pocztą Miejscowość 2.   % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Data i miejsce urodzenia / Regon

**Adres do korespondencji:**  - 

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Pocztą Miejscowość 3.   % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Data i miejsce urodzenia / Regon

**Adres do korespondencji:**  - 

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Pocztą Miejscowość <sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

4.     % świadczenia

Imię i Nazwisko / Nazwa

Adres do korespondencji:

Ulica

Pocztowa

Data i miejsce urodzenia / Regon   -

Numer domu  Numer lokalu  Kod pocztowy

Miejscowość

**RAZEM 100%**

## IV Oświadczenia wypełnia przystępujący do ubezpieczenia

- Otrzymałem/otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki a także opłat pobieranych z tytułu umowy ubezpieczenia. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczyciela na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdził te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Spełniam wymogi określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia do przystąpienia do ubezpieczenia.
- Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam Kartę Produktu.
- Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowań, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili 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. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta lub zostanie rozwiązana.
- Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844).
- Wyrażam zgodę na udostępnianie moich 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, PZU Zdrowie SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA. Powyższe dane podaję dobrowolnie.
- Wyrażam zgodę na przesyłanie mi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych przez: PZU SA, PZU Życie SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA, PZU Zdrowie SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa oraz inne podmioty powiązane kapitałowo z PZU Życie SA.
- Oświadczam, że:
  - nie jestem podatnikiem USA<sup>2</sup>,
  - jestem podatnikiem USA<sup>3</sup>.
 Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA<sup>2</sup> w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia. PZU Życie SA jest zobowiązany do przekazania do administracji podatkowej USA (za pośrednictwem polskich organów podatkowych) danych dotyczących:
  - podatników USA<sup>2</sup>,
  - osób, które odmówiły złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika USA<sup>3</sup>,
  - osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę PZU Życie SA, nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA<sup>3</sup>.
 Oświadczenie gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków PZU Życie SA dotyczących identyfikacji klientów będących podatnikami Stanów Zjednoczonych wynikających z Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy pomiędzy Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA. Ubezpieczony ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
- Oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

\* W przypadku zgody proszę wstawić X w pole

### Klauzula informacyjna:

Administratorem podanych danych będzie PZU Życie SA. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania swoich danych osobowych. Moje dane będą przetwarzane w celach obsługowych,

analitycznych, dochodzenia roszczeń oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Moje dane osobowe podaję dobrowolnie. Jest to niezbędne do zawarcia i wykonywania umowy.

-  -

Data

Podpis ubezpieczonego

## V Wypełnia ubezpieczający

-  -

Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

## VI Wypełnia PZU Życie SA

Kod jednostki PZU Życie SA

NJS

Data wpływu do PZU Życie SA

-  -

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

**Dane jednostki obsługującej ubezpieczenie** PZU Centrum Operacji SA, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń dostępne jest do wglądu na stronie [www.pzu.pl](http://www.pzu.pl) w części dotyczącej relacji inwestorskich.

Data wpływu wniosku do jednostki obsługującej ubezpieczenie (PZU Centrum SA Operacji)

-  -

<sup>2</sup> Proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody).

<sup>3</sup> Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:

- posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa),
- uzyskała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta),
- dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA,
- przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
  - 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
  - 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
  - 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu).