Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

* 9 2 8 8 0 5 S W I E 0 1 *

Numer polisy typ P Plus (Dodatkowa Ochrona Życia)

Numer polisy PZU W Razie Wypadku

Numer polisy typ P Plus (W Razie Nowotworu)

Numer deklaracji typ P Plus (Dodatkowa Ochrona Życia)

Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku

Numer deklaracji typ P Plus (W Razie Nowotworu)

Numer polisy typ P Plus (Wariant Dodatkowy)

Numer polisy typ P Plus (Ochrona dla Dziecka)

Numer polisy typ P Plus (W Razie Nowotworu)

Numer deklaracji typ P Plus (Wariant Dodatkowy)

Numer deklaracji typ P Plus (Ochrona dla Dziecka)

Numer deklaracji typ P Plus (W Razie Nowotworu)

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 Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332
a PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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 (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL) – –

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

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)

1. **Grupowe ubezpieczenie typ P Plus** – jeden wariant do wyboru

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	Wariant VIII	Wariant IX	Wariant X	Wariant XI	Wariant XII	Wariant XIII
☐ 68,30 zł	☐ 75,80 zł	☐ 83,30 zł	☐ 91,40 zł	☐ 99,40 zł	☐ 107,00 zł	☐ 115,00 zł	☐ 122,70 zł	☐ 130,70 zł	☐ 138,40 zł	☐ 146,30 zł	☐ 153,80 zł	☐ 160,90 zł

2. **Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (Dodatkowa Ochrona Życia)** – jeden wariant do wyboru

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 11,10 zł	☐ 14,80 zł	☐ 19,30 zł

3. **Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (Wariant Dodatkowy)**

Wariant I
☐ 20,60 zł

4. **Grupowe ubezpieczenie PZU W Razie Wypadku** – jeden wariant do wyboru

Wariant I	Wariant II
☐ 6,50 zł	☐ 12,00 zł

5. **Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (Ochrona dla Dziecka)** – jeden wariant do wyboru, dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 10,00 zł	☐ 16,00 zł	☐ 24,00 zł

6. **Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (W Razie Nowotworu)** – możliwość wyboru obydwu wariantów

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia	
	Wariant I ☐ 12,00 zł	**Wariant II** ☐ 17,00 zł
Śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariancie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego: • ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia • ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia • ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia	 25 000 zł 10 000 zł 3 000 zł	 41 000 zł 17 000 zł 5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	600 zł	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	3 000 zł	5 000 zł

III Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

☐ Pan ☐ Pani Imię | Nazwisko

D D – M M – R R R R

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia) | Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia) | PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

Obywatelstwo ☐ Polskie Inne

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, 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, nie dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia wskazanego w sekcji II w pkt 1–3 były objęte innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA lub innym zakładzie ubezpieczeń).
5. **W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w hospicjum, placówce dla przewlekle chorych** (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).
6. **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, przewlekłe 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.

7. ☐[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.
8. ☐[3] Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Pomoc SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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 ubezpieczeniowychi innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.
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 środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
10. ☐[3] Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
11. ☐[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).
12. ☐[3] Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna jest na stronie internetowej https://www.pzu.pl/partnerzy_pzu_pomoc) informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
13. ☐[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.
14. ☐[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.
15. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).**
16. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).**

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 (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 siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń 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	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU 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 Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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).

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Oddział w Polsce
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS: 0000060063
REGON: 010788730, NIP: 5251573813, 00-838 Warszawa, ul. Prosta 68

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
do programu Assistance w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia

nr 68203

NR DEKLARACJI	.....
UBEZPIECZYCIEL	Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce
UBEZPIECZAJĄCY	Stowarzyszenie Horyzont Pro ul. Szosa Chełmińska 177–181 87-100 Toruń
UBEZPIECZONY	..... PESEL: .....
PŁATNIK SKŁADKI	..... PESEL: .....
ZAKRES UBEZPIECZENIA	[ ] Medyczny [ ] Medyczny Rodzinny [ ] Domowy [ ] Domowy Plus
POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ	.....
OPŁATA Z TYTUŁU OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIA	..... zł/miesiąc

Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia zastosowanie maja Szczególne Warunki Ubezpieczenia "Assistance" z dnia 02.08.2010 roku. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego należy zadzwonić pod numer linii alarmowej, podać nr PESEL i postępować zgodnie z uzyskanymi zaleceniami.

Oświadczenia przystępującego do ubezpieczenia

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Broszura Informacyjna przetwarzanie danych osobowych związane z zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałem Szczególne Warunki Ubezpieczenia Assistance z dnia 02.08.2010 roku, zapoznałem się z nimi i akceptuję ich treść.
3. Niejsza umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami ubezpieczeniowymi.
4. Ubezpieczyciel poinformował mnie, iż w przypadku zgłoszenia roszczenia o wykonanie świadczeń o charakterze medycznym z umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może wnosić o dostarczenie dokumentacji medycznej, wyrażenia dalszych zgód i złożenia oświadczeń niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i zakresu przysługujących świadczeń. W szczególności Ubezpieczyciel może wnosić o:
    a. złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dotyczącego uzyskiwania informacji i dokumentacji od lekarzy i placówek medycznych),
    b. uzyskanie informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia, uzyskanie informacji od innych ubezpieczycieli.

.....
data sporządzenia dokumentu

.....
podpis ubezpieczonego