

Deklaracja niepełnoletniego dziecka i WZOR
(załącznik do deklaracji rodzica/pracownika/zotulnika)

Numer polisy
Numer deklaracji



Dziecko do 18 roku życia lub jeśli nie ucy-dosr.z.

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

31. BAZA LOTNICTWA TAKTYCZNEGO W POZNANIU

(dalej Klub)

Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S 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 ZMIANA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

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

I Dane dotyczące ubezpieczonego

(proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Dane pracownika /zotulnika

Nazwisko ubezpieczonego

Imię ubezpieczonego

PESEL ubezpieczonego (uzupełnij, jeśli ubezpieczony posiada)

☐ Wnioskuje o rozszerzenie ochrony w grupowym ubezpieczeniu na życie i zdrowie Opieka Medyczna S (zakres Standard) dla dziecka za dodatkową miesięczną składkę 31,15 zł za jedno dziecko

☐ Wnioskuje o rozszerzenie ochrony w grupowym ubezpieczeniu na życie i zdrowie Opieka Medyczna S (zakres Komfort) dla dziecka za dodatkową miesięczną składkę 81,05 zł za jedno dziecko

☐ Wnioskuje o rozszerzenie ochrony w grupowym ubezpieczeniu na życie i zdrowie Opieka Medyczna S (zakres Komfort Plus) dla dziecka za dodatkową miesięczną składkę 144,45 zł za jedno dziecko

Należy wybrać zakres zgodny z deklaracją rodzica (ten sam).

II Dane osoby przystępującej do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (współubezpieczonego)

Stopień pokrewieństwa ☒ dziecko

Dane dziecka

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 zamieszkania¹ jeśli inny niż Polska

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Pocztą

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska ☐ inny:

III Zgoda na przystąpienie do Klubu i objęcie ubezpieczeniem i oświadczenia osoby przystępującej

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 objętą/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, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazywania 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 w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.

5. ☐ ² 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,

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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, XIII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

PZUŻ 9719/2/BLT1

1/2

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.

6. ☐ ² 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 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. ☐ ² 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. ☐ ² 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).
9. ☐ ² 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. ☐ ² 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).

11. ☐ ² 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. ☐ ² Wyrażam zgodę na przysyłanie 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, zobowiązuje 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).

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.

Oświadczenie dla osoby przystępującej, której 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

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	Powszechnie 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. Żubra 1, 01-066 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

* Dziecko ubezpieczającego - podpis rodzica (pracownika / żołnierza)

* Dziecko ubezpieczającego - podpis dziecka

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

² W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).