

Deklaracja Pełnoletniego Dziecka - WZDOR



Numer polisy typ P Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



* 9 C 2 2 0 1 B L T 2 0 1 *



Numer deklaracji typ P Plus



Numer polisy Opieka Medyczna S
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer polisy (Wsparcie dla rodziny)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer polisy (W Razie Wypadku)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji Opieka Medyczna S



Numer polisy typ P Plus – Pakiet
dla dzieci
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie dla rodziny)



Numer polisy (Wsparcie w razie
nowotworu – zakres podstawowy)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)



Numer polisy (Wsparcie w razie
nowotworu – zakres podstawowy Plus)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji typ P Plus – Pakiet
dla dzieci



Numer polisy (Wsparcie dla bliskich Plus)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie
nowotworu – zakres podstawowy)



Numer polisy (Wsparcie dla bliskich
Premium)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie
nowotworu – zakres podstawowy Plus)

Numer deklaracji (Wsparcie dla
bliskich Plus)

Numer deklaracji (Wsparcie dla
bliskich Premium)

Grupowe ubezpieczenie (P Plus, Opieka Medyczna S i pakiety dodatkowe PZU Na Życie Plus)

Ubezpieczenie jest oferowane 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 przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu dla 31 BU w Poznaniu** (dalej Klub)
(nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy)

i grupowego ubezpieczenia

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)
☒ Pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego
☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ **Deklaracja zmiany danych**

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego), a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

i 1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami 2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach 3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

Dane osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) *przystępuje pełnoletnie dziecko*

✓ Imię

✓ Nazwisko

✓ Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna ✓ PESEL ✓ Data urodzenia
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz) (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

✓ Miejsce urodzenia Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie:
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL) *obywatelstwo!*

✓ Kraj stałego zamieszkania
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Przystępuję
pełnoletnio
dobrowolnie

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego)

i Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail _____ Nr telefonu _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki: _____

Wariant ubezpieczenia

i Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie. - ulotka informacyjna (www.nordpartner.pl/31bit)

Wybieram ubezpieczenie typ P Plus wraz z ubezpieczeniem Opieka Medyczna S w zakresie Standard (za 31,40 zł):

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	Wariant VIII	Wariant IX
☐ 83,90 zł	☐ 83,40 zł	☐ 95,90 zł	☐ 94,40 zł	☐ 106,90 zł	☐ 118,90 zł	☐ 79,90 zł	☐ 131,90 zł	☐ 111,90 zł

Wybieram wariant rozszerzający ubezpieczenie Opieka Medyczna S: - dodatkowo

zakres Komfort	zakres Komfort Plus
☐ 49,90 zł	☐ 113,30 zł

Pakiety dodatkowe: - CEGIELKI

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus – pakiet dodatkowy
Wsparcie w razie nowotworu, możliwość wybrania obydwu zakresów:

zakres podstawowy	zakres podstawowy Plus
☐ 12,00 zł	☐ 17,00 zł

Wybieram ubezpieczenie
typ P Plus – Pakiet dla dzieci:

Wariant I
☐ 12,00 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus – Pakiet dodatkowy Wsparcie dla rodziny:

Wariant I	Wariant II	Wariant III
☐ 5,00 zł	☐ 10,00 zł	☐ 15,00 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus –
Pakiet dodatkowy W Razie Wypadku:

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

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie dla bliskich Plus) – dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego:

Wariant I	Wariant II
☐ 12,00 zł	☐ 17,00 zł

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie dla bliskich Premium) – dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego:

Wariant I	Wariant II
☐ 30,00 zł	☐ 45,00 zł

Uposażeni

i Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1				%
2				%
3				%
				RAZEM 100%

Wypełnij, jeśli nie jesteś w związku małżeńskim, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Tę część wypełnia pracownik (ubezpieczony podstawowy) – zarówno na swojej deklaracji, jak i na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

(pracownika) złotnika

7. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.

Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

8. 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.

9. 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.

10. 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. 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).

12. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc 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).

13. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc 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).

Informacje

- 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.
- PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępnia serwis mojePZU. Po przystąpieniu do (umowy) grupowego ubezpieczenia ubezpieczony otrzyma jednorazowe hasło oraz login do mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Jednorazowe hasło wygasa po 3 dniach od jego otrzymania. Po wygaśnięciu jednorazowego hasła założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.

14. 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.

Sposób dostarczenia dokumentacji i informacji o ubezpieczeniu

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Informacje o swoim ubezpieczeniu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

15. 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.

Nazwy i adresy spółek, których nazwy występują w treści zgód marketingowych

Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Data

Podpis osoby przystępującej

pauzowne dziecko

Informacja dotycząca przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu – wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

Data

Podpis i pieczęć albo czytelny podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu