Numer polisy PZU Na Życie Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

* 9 A 3 1 0 1 U M B I 0 1 *

Numer deklaracji PZU Na Życie Plus

Numer polisy (Ochrona dla dziecka)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

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

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

Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

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

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

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

Numer polisy (Wsparcie po wypadku)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)

Numer deklaracji (Wsparcie dla rodziny)

Numer deklaracji (Wsparcie po wypadku)

# Grupowe ubezpieczenie **PZU Na Życie Plus i pakiety dodatkowe**

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** Urząd Miejski w Białymstoku (dalej Klub)
(nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy)

**i ubezpieczenia PZU Na Życie Plus**

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.**

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)

Imię Janina

Nazwisko Kowalska

Płeć: ☒ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL 12312312312
(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia 12-12-1980
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia Białystok
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Obywatelstwo ☒ polskie i/albo ☐ inne – jakie:

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

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

E-mail janinakowalskia@gmail.com

Nr telefonu 111 111 111

Ulica Rumiankowa

Nr domu 16

Nr mieszkania

Miejscowość Białystok

Kod pocztowy 15-950

Poczta Białystok

Kraj ☒ Polska ☐ inny – jaki:

## Wariant ubezpieczenia

Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie.

**Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus:**

| Wariant I | Wariant II | Wariant III | Wariant IV |
|---|---|---|---|
| ☐ 59,00 zł | ☐ 73,20 zł | ☐ 79,70 zł | ☒ 99,50 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 Ochrona dla dziecka):

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

Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy Wsparcie po wypadku):

| Wariant I | Wariant II | Wariant III |
|---|---|---|
| ☐ 6,00 zł | ☐ 10,50 zł | ☐ 14,50 zł |

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 PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy W Razie Wypadku):

| Wariant I | Wariant II |
|---|---|
| ☒ 6,50 zł | ☐ 12,00 zł |

## Uposażeni

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 | Jan Kowalski | 11111111111 | | 60 % |
| 2 | Kamil Kowalski | 12332132112 | | 50 % |
| 3 | | | | % |

**RAZEM 100%**

## Dane partnera życiowego

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).

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL)

Data urodzenia ☐☐–☐☐–☐☐☐☐
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____

## **Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego** (pracownika – członka Klubu)

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

Oświadczam, że z pracodawcą łączy mnie stosunek prawny od dnia ☐☐–☐☐–☐☐☐☐

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny – jaki: _____

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

Imię Jan Nazwisko Kowalski

PESEL 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

Data zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy małżonka) 1 0 – 1 0 – 1 9 9 0

Data 2 8 – 1 0 – 2 0 2 5

Podpis ubezpieczonego podstawowego (pracownika) Jan Kowalski

## **Oświadczenia osoby, która przystępuje do Klubu** (członka Klubu) **i ubezpieczenia** (ubezpieczonego)

**Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć**

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. **Oświadczam, że jest mi znana treść zmiany wariantu ubezpieczenia, która nastąpi w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przeze mnie wieku określonego w danym wariancie ubezpieczenia, akceptuję zmianę wariantu ubezpieczenia po ukończeniu wskazanego wieku zgodnie z treścią oferty zaakceptowanej przez ubezpieczającego, którą otrzymałam/em przed przystąpieniem do ubezpieczenia** (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy, Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus).
4. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
5. **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.**
   Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
6. **Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:**
   1) **nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo**
   2) **byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo**
   3) **byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony**

   Dotyczy tylko dotychczas nieubezpieczonych członków rodzin.

   (proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).

   **Oświadczam, że:**
   a) **Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:**
      - **miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,**
      - **przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,**
      - **przewlekła obturacyjna choroba płuc,**
      - **przewlekła niewydolność nerek,**
      - **alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,**
      - **cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,**

   b) **W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,**

   c) **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.**
   Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
7. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).**
8. **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.

☒ **9.** 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.

☒ **10.** 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.

Oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

☐ **11.** 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).

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty specjalne Klubu PZU Pomoc w Życiu.

☐ **12.** 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).

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

☐ **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 środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.

**14.** 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).

Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.

**15.** 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.

**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 |

**Informacje**

1. **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.**

2. **PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową udostępnia serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie https://moje.pzu.pl. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.**

Data 28-10-2025

Podpis osoby przystępującej Janina Kowalska

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

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu ..-..-....

Data ..-..-....

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