



9 4 0 5 1 1 8 0 8 9 4 0 5 1 1 8 8 2 9 4 0 5 1 1 9 2 5
PZU Na Życie Plus – Numer polisy Ochrona dla dziecka – Numer polisy Wsparcie w razie nowotworu – Numer polisy

Numer deklaracji Numer deklaracji Numer deklaracji
9 4 0 5 1 1 9 1 2 9 4 0 5 1 1 9 0 9
Wsparcie dla Twojego serca – Numer polisy W Razie Wypadku – zakres podstawowy i rozszerzony – Numer polisy
Numer deklaracji Numer deklaracji

Powyższe pola uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie.

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 OLSZTYŃSKIEGO CENTRUM USŁUG WSPÓLNYCH** (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 _____
Nazwisko _____
Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna PESEL _____
(uzupełnij, jeśli posiadasz) Data urodzenia _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)
Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)
Kraj stałego zamieszkania _____
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

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)

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)

PZUŻ DIN2

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

E-mail

Nr telefonu

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Pocztą

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki:

Wariant ubezpieczenia

 Informacje o pakietach i dodatkowych opcjach znajdziesz w ofercie.

Wybieram zakres ubezpieczenia:

	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III	Pakiet podstawowy IV
Ubezpieczenie dla:	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka	ubezpieczonego podstawowego oraz ubezpieczonego bliskiego: małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka
Ubezpieczenie PZU Na Życie Plus	☐ 63,50 zł PZU Na Życie Plus (Wariant I): 63,50 zł	☐ 71,50 zł PZU Na Życie Plus (Wariant II): 71,50 zł	☐ 95,10 zł PZU Na Życie Plus (Wariant III): 95,10 zł	☐ 115,50 zł PZU Na Życie Plus (Wariant IV): 115,50 zł

Rozszerzam o pakiety dodatkowe:

*Uwaga

Przystąpienie do pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego serca, Wsparcie w razie nowotworu wymaga złożenia dodatkowego oświadczenia, które jest w sekcji z oświadczeniami. Jeśli nie możesz złożyć oświadczenia, to nie wybieraj tego pakietu dodatkowego.
Sekcję dla współubezpieczonych wypełnia tylko ubezpieczony podstawowy.

	Pakiet podstawowy I	Pakiet podstawowy II	Pakiet podstawowy III	Pakiet podstawowy IV
Ochrona dla dziecka	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	☐ 11,00 zł	☐ 11,00 zł	☐ 11,00 zł	☐ 11,00 zł
Wariant II	☐ 15,00 zł	☐ 15,00 zł	☐ 15,00 zł	☐ 15,00 zł
Wariant III	☐ 23,00 zł	☐ 23,00 zł	☐ 23,00 zł	☐ 23,00 zł
Wariant IV	☐ 35,00 zł	☐ 35,00 zł	☐ 35,00 zł	☐ 35,00 zł
Wsparcie w razie nowotworu	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	☐ 11,00 zł	☐ 11,00 zł	☐ 11,00 zł	☐ 11,00 zł
Wariant II	☐ 21,00 zł	☐ 21,00 zł	☐ 21,00 zł	☐ 21,00 zł
Wariant III	☐ 31,00 zł	☐ 31,00 zł	☐ 31,00 zł	☐ 31,00 zł
Wariant IV	☐ 47,00 zł	☐ 47,00 zł	☐ 47,00 zł	☐ 47,00 zł
Wsparcie dla Twojego serca	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	☐ 10,00 zł	☐ 10,00 zł	☐ 10,00 zł	☐ 10,00 zł
Wariant II	☐ 20,00 zł	☐ 20,00 zł	☐ 20,00 zł	☐ 20,00 zł
Wariant III	☐ 30,00 zł	☐ 30,00 zł	☐ 30,00 zł	☐ 30,00 zł
W Razie Wypadku - zakres podstawowy i rozszerzony	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:	Wybierz jeden wariant:
Wariant I	☐ 6,50 zł	☐ 6,50 zł	☐ 6,50 zł	☐ 6,50 zł
Wariant II	☐ 12,00 zł	☐ 12,00 zł	☐ 12,00 zł	☐ 12,00 zł

 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).

- 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.
6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego serca:
- Oświadczam, że:
- 1) w ostatnich 12 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia w związku z: wadami serca, wadami zastawek serca, udarem mózgu/wylewem krwi do mózgu, zawałem serca, kardiomiopatią, operacją naczyń wieńcowych lub aorty, tętniakiem aorty, transplantacją mięśnia sercowego, chorobą niedokrwinną serca/chorobą wieńcową,

- miażdżycą, zapaleniem naczyń, zaburzeniami rytmu serca/niewydolnością serca, chorobami osierdza lub wśierdza, zakrzepicą żył głębokich, zatorowością płucną, otyłością (BMI powyżej 35), cukrzycą (nie dotyczy cukrzycy ciężajowej);
- 2) w ciągu ostatnich 3 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/em się z powodu chorób wymienionych w punkcie 1 powyżej.
7. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:
- Oświadczam, że:
- 1) w ostatnich 6 miesiącach nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z podejrzeniem nowotworu lub stanu przednowotworowego;
 - 2) nie jestem w trakcie i nie oczekuję na diagnostykę medyczną nowotworu lub stanu przednowotworowego.
8. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	☐ 1. 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.
Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	☐ 2. 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.	☐ 3. 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).
Dowiedz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	☐ 4. 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.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	☐ 5. 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.	☐ 6. 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.	☐ 7. 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).

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 udostępnił 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

Podpis osoby przystępującej

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