

2. Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa mąż/zona/partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: -

Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: Kraj stałego zamieszkania²

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3 i 9 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 i 8 części VI deklaracji.

³ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.

- -

Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

3. Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa mąż/zona/partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: -

Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: Kraj stałego zamieszkania²

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3 i 9 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 i 8 części VI deklaracji.

³ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.

- -

Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

IV Łączna wysokość składek zł

Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby formalnie związanej z ubezpieczającym).

V Uposażeni (w przypadku nie wskazania uposażonego, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

Nazwisko i imię/Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

VI Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenie ubezpieczonego (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia.

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/ęm się warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie.
- Dla potrzeb oceny ryzyka i ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej, dotyczących mojego stanu zdrowia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA, z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę, wskazanego w sekcji II Zgoda na objęcie ubezpieczeniem niniejszej deklaracji oraz przez PZU POMOC SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II, 00-133 Warszawa, w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych.
- ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.

- ³ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2013 r. poz. 950).
- ³ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA.
- ³ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych następującym podmiotom PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA w celu oferowania przez te podmioty rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.
- W celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych:
 - świadczeniodawcy realizującemu procedury wynikające z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych;
 - podmiotowi wykonującemu czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz PZU Życie SA, zgodnie z art. 3 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu wg przepisów o ubezpieczeniu społecznym lub zaopatrzeniu społecznym.
- Niniejsze oświadczenie składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje i dane osobowe są zgodne z prawdą.

- -

Data Podpis ubezpieczonego

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie. ² Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. ³ W przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ⁴ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy.

VII Oświadczenie płatnika składki (proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje osoba niezwiązana formalnie z ubezpieczającym)

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wpłat składek na ubezpieczenie za następujące osoby:

mąż/żona/partner życiowy dziecko/dzieci

Nazwisko płatnika

Imię płatnika

PESEL płatnika

Data

Podpis płatnika

VIII Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny (jaki)

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

w załączeniu dotychczasowa(e) deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) zł

Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

IX Wypełnia PZU Życie SA

Data wpływu do PZU Życie SA

Pieczęć i podpis pracownika PZU Życie SA

X Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia dodatkowego od dnia

Rezygnacja z ubezpieczenia podstawowego wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia

Data

Podpis ubezpieczonego

XI Rezygnacja współubezpieczonego

Pani Pan
Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa mąż/żona/partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji:
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny:

Rezygnacja od dnia

Data

Podpis ubezpieczonego/współubezpieczonego

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.