

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

Lp.	Nazwisko i imię/ Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1.				%
2.				%
3.				%
4.				%
Razem				100 %

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

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się z 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, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdził te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- 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.
- 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 / stanu zdrowia mojego dziecka³⁾. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ 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.
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
- Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ na udostępnianie 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 powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA.
- Wyrażam zgodę* na udostępnienie 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 powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA w celu oferowania przez te podmioty rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.
* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x.
- W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłych chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego

³⁾ dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko

⁴⁾ proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

VII. Oświadczenie płatnika składki (proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko albo partner życiowy)

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:

małżonka

dziecka

partnera życiowego

Nazwisko płatnika

Imię płatnika

PESEL płatnika

Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)

Data (dd-mm-rrrr)

Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)

Data (dd-mm-rrrr)

Data (dd-mm-rrrr)

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

Data (dd-mm-rrrr)⁵⁾

⁵⁾ dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko albo partner życiowy

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

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

IX. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

X. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia

wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia

Data (dd-mm-rrrr)

Data (dd-mm-rrrr)