

Deklaracja Partnera Pracownika - WZOR-

□□□□□□□□
Numer polisy



□□□□□□□□
Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

MPK-ŁÓDŹ SP. Z O.O. (dalej Klub)
Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu, 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 ZMIANY

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane osoby przystępującej do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ubezpieczony podstawowy
ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

KRYSTYNA
Pan Pani Imię

KOWALSKA
Nazwisko

03-06-1984 ŁÓDŹ 84060304040
Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL) Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL) - obowiązkowo PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo Polskie Inne lub ✓ ✓
Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

ŁÓDŹ
Miejscowość

TRUSKAWKOWA 1 ---
Ulica Nr domu Nr lokalu

55-555 ŁÓDŹ
Kod pocztowy Poczta

222-222-222 ✓
Telefon kontaktowy E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa) _____

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki *proszę zaznaczyć jeden wybrany wariant*

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI
<input checked="" type="checkbox"/> 65,85 zł	<input type="checkbox"/> 68,50 zł	<input type="checkbox"/> 75,05 zł	<input type="checkbox"/> 76,90 zł	<input type="checkbox"/> 84,75 zł	<input type="checkbox"/> 82,20 zł

III Partner życiowy (wskazując jako partnera życiowego następującą osobę)

_____ proszę wpisać dane ubezpieczonego, pracownika MPK-ŁÓDŹ
Pan Pani Imię Nazwisko

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia) obowiązkowo Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia) PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

Obywatelstwo Polskie Inne _____

IV Uposażenia (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	<u>Proszę napisać dane osób uprawnionych do</u>			<input checked="" type="checkbox"/> %
2	<u>otrzymania świadczenia w przypadku śmierci</u>			<input checked="" type="checkbox"/> %
3	<u>osoby ubezpieczonej wskazanej w części I.</u>			<input checked="" type="checkbox"/> %
Razem				100 %

V Oświadczenia osoby przystępującej do Klubu i do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- 1. Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
2. Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
3. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci...

- 6. 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...
7. 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...
8. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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 informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

Oświadczam, że:

- 1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
1) miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków...
2. W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.

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.

00-00-0000
Data (dd-mm-rrrr)

Podpis osoby przystępującej

VI Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

- 1. Z pracodawcą łączę mnie stosunek prawny od dnia (dd-mm-rrrr):

umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny
Jaki?

- 2. Data zawarcia związku małżeńskiego (dd-mm-rrrr) (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia)

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego PESEL ubezpieczonego podstawowego

00-00-0000
Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego podstawowego

VII Wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu (dd-mm-rrrr)

00-00-0000

Podpis ubezpieczającego

00-00-0000
Data (dd-mm-rrrr)

Pieczętka i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

Pełne nazwy spółek

Table with 3 columns: Lp., Skrócona nazwa spółki, Pełna nazwa spółki, Adres siedziby. Rows include 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.

1 Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. 2 Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka. 3 W przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).