

**Program Grupowego Ubezpieczenia na Życie w PZU Życie S.A.  
dla członków Stowarzyszenia Instruktorów Lotniowych i Paralotniowych oraz  
Klubu Miłośników Sportów Lotniczych**

Szanowni Państwo,

Mamy przyjemność poinformować, że po wielu miesiącach przygotowań od dnia **01.08.2011** rusza atrakcyjny pod względem ceny i zakresu program ubezpieczeń na życie w **PZU ŻYCIE**. Warunki tego ubezpieczenia zostały specjalnie wynegocjowane z myślą o osobach uprawiających sporty lotnicze. Smutne statystyki wypadków z ostatnich 2 lat zainspirowały nas do stworzenia takich warunków ubezpieczeniowych, aby za niewielką składkę każdy zainteresowany mógł w najtrudniejszym okresie zapewnić sobie lub rodzinie realne wsparcie finansowe.

Ze względów formalno-organizacyjnych zależy nam, aby w lipcu jak największa ilość osób wypełniła deklarację przystąpienia do ubezpieczenia bo tylko zebranie określonej minimalnej grupy osób zapewnia start programu. Aby dodatkowo zachęcić Państwa do takiego działania, warunki ubezpieczenia dla osób przystępujących w lipcu są znacznie lepsze niż te, które będą obowiązywały dla osób przystępujących w późniejszym terminie. Dzięki temu osoby zgłoszone w lipcu nie mają w warunkach ubezpieczenia jakichkolwiek karencji – **pełna ochrona obowiązuje od pierwszego dnia**.

Nowy program ubezpieczenia został zaaranżowany za pośrednictwem **Brokera Ubezpieczeniowego – firmy mBroker NET**, który formalnie obsługuje Stowarzyszenie i Klub oraz będzie prowadził obsługę merytoryczną tego ubezpieczenia oraz świadczeń z nim związanych.

W załączeniu przesyłamy informacje dotyczące warunków nowego programu oraz deklarację przystąpienia do ubezpieczenia wraz ze wzorem/przykładem wypełnienia go.

Wszelkie informacje, ogólne warunki ubezpieczenia oraz wzory druków dostępne są również na stronie **[www.mbroker.net.pl/SILP](http://www.mbroker.net.pl/SILP)**

W celu przystąpienia do nowego programu grupowego ubezpieczenia na życie wystarczy, **wypełnić i podpisać** załączoną deklarację przystąpienia do ubezpieczenia (załączamy przykład prawidłowego wypełnienia deklaracji) oraz przesłać ją do **mBroker NET** do dnia **25.07.2011**.

Składka za ubezpieczenie będzie płatna na konto bankowe **Finansowej Chaty**. Za pierwsze 6 miesięcy ubezpieczenia składka płatna będzie do dnia **31.07.2011**.

**UWAGA !!! Program ubezpieczenia zostanie uruchomiony od 01.08.2011, jeśli przystąpi do ubezpieczenia minimum 100 osób.**

**UWAGA !!! Nie ma konieczności wypełniania ankiet medycznych i wykonania badań lekarskich.**

Z poważaniem,


Arkadiusz Pomarański – Prezes Stowarzyszenia Instruktorów Lotniowych i Paralotniowych  
Piotr Słowik – Finansowa Chata – Administrator Klubu Miłośników Sportów Lotniczych

## **GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE W PZU ŻYCIE S.A.** *dla Stowarzyszenia Instruktorów Lotniowych i Paralotniowych oraz Klubu Miłośników Sportów Lotniczych*

### **Dlaczego warto...**

Ubezpieczenia na życie dają wsparcie finansowe w najtrudniejszych momentach naszego życia. Dzięki sile przetargowej **Stowarzyszenia** wynegocjowane przez **mBroker NET** w **PZU ŻYCIE** warunki ubezpieczenia **obejmują TAKŻE zdarzenia powstałe w czasie lotu na paralotni, skoku spadochronowego** oraz gwarantują bardzo szeroki zakres ochrony i wysoki poziom świadczeń.

Formalności związane z przystąpieniem do ubezpieczenia zostały ograniczone do minimum – wystarczy tylko wypełnić deklarację przystąpienia do ubezpieczenia – **nie ma ankiet medycznych i badań lekarskich !!!**

 PZU Życie SA	<b>Warunki ubezpieczenia w PZU ŻYCIE S.A.</b>		
<b>Zdarzenia</b>	<b>Wariant 1</b>	<b>Wariant 2</b>	<b>Wariant 3</b>
Zgon ubezpieczonego	<b>25 000 zł</b>	<b>50 000 zł</b>	<b>75 000 zł</b>
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW*	<b>50 000 zł</b>	<b>100 000 zł</b>	<b>150 000 zł</b>
Zgon ubezpieczonego w wyniku NW komunikacyjnego*	<b>75 000 zł</b>	<b>150 000 zł</b>	<b>200 000 zł</b>
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (za 1% uszczerbku)	<b>300 zł</b>	<b>400 zł</b>	<b>500 zł</b>
Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW (za 100% uszczerbku)	<b>30 000 zł</b>	<b>40 000 zł</b>	<b>50 000 zł</b>
<b>Półroczna składka klubowa za ubezpieczenie</b>	<b>210 zł</b>	<b>315 zł</b>	<b>425 zł</b>

\* Skumulowana wysokość świadczeń

### **Najczęściej zadawane pytania:**

#### **Czy otrzymam świadczenie jeżeli zdarzenie powstało podczas uprawiania paralotniarstwa / skoku?**

Tak. Oferta, przy każdym zdarzeniu i wariantcie obejmuje odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu uprawiania sportów lotniczych.

#### **Kto może przystąpić do ubezpieczenia na życie?**

Do ubezpieczenia mogą przystąpić **wszyscy członkowie Stowarzyszenia Instruktorów Lotniowych i Paralotniowych oraz członkowie Klubu Miłośników Sportów Lotniczych**. Do programu mogą przystąpić osoby w wieku od 18 do 69 lat.

#### **Jak przystąpić do ubezpieczenia grupowego w PZU Życie ?**

Wyłącznym warunkiem przystąpienia do ubezpieczenia grupowego w **PZU Życie** jest wypełnienie i podpisanie deklaracji przystąpienia oraz przekazanie jej do **mBroker NET** na adres podany na dole strony.

Treść deklaracji dostępna jest również na stronie: [www.fianansowachata.pl](http://www.fianansowachata.pl) lub [www.mbroker.net.pl/SILP](http://www.mbroker.net.pl/SILP)

#### **Czy mogę przystąpić do ubezpieczenia w PZU Życie będąc ubezpieczonym w innym Towarzystwie ?**

Tak. Można skorzystać w pełnym zakresie z wielu polis w różnych towarzystwach.

#### **Czy będę objęty karencją (czasowe zawieszenie ubezpieczenia)?**

- Karencja nie ma zastosowania jeżeli członek Stowarzyszenia lub Klubu złoży deklarację **do 25-07-2011**
- Jeżeli członek Stowarzyszenia złoży deklarację po tej dacie, stosuje się karencję na śmierć naturalną ubezpieczonego (6 miesięcy).

**UWAGA! Karencje nie mają zastosowania do następstw nieszczęśliwych wypadków.**

#### **Ogólne Warunki Ubezpieczenia:**

W sytuacjach nie opisanych w niniejszej ulotce mają zastosowanie Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Pracowniczego Typ P PLUS oraz odpowiednie Ogólne Warunki Dodatkowych Grupowych Ubezpieczeń. Pełna treść warunków dostępna na stronie: [www.mbroker.net.pl/SILP](http://www.mbroker.net.pl/SILP)

---

### **Kontakt w sprawie szczegółów warunków ubezpieczenia:**

**mBroker NET Sp. z o.o., telefon: 61 8420 997, e-mail: [SILP@mbroker.net.pl](mailto:SILP@mbroker.net.pl)  
ul. Dąbrowskiego 75/39, 60-523 Poznań**

---

Nr polisy	Numer deklaracji
-----------	------------------

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do grupowego ubezpieczenia** (proszę zakreślić odpowiednie pole)

 pracowniczego typ P Plus     na życie typ P     na życie Pełnia Życia i ubezpieczeń dodatkowych

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

<input type="checkbox"/> zmiany zakresu ubezpieczenia	<input type="checkbox"/> zmiany danych ubezpieczonego	<input type="checkbox"/> zmiany uposażonych - unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV.
---	---	---

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

**I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO** - (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

<input type="checkbox"/> osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym (np. pracownik)		<input type="checkbox"/> małżonek bądź dziecko nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym	
<input type="checkbox"/> Pani <input type="checkbox"/> Pan	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	
Nazwisko		Imię	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....	PESEL	
Kraj stałego zamieszkania <sup>1)</sup>			

**Adres do korespondencji:**

Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny .....(nazwa)
Kod pocztowy	Poczta	
Telefon kontaktowy	E-mail	

<sup>1)</sup> proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

**II. ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADEK** .....

 Wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto - ..... zł <sup>2)</sup>
**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 pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).**
<sup>2)</sup> proszę wypełnić w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Pełnia Życia tylko wówczas, gdy suma ubezpieczenia określana jest jako wielokrotność miesięcznego wynagrodzenia brutto. Zmiana wysokości wynagrodzenia nie powoduje zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.

**III. ASSISTANCE**

<b>NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DORAŻNA OCHRONA MEDYCZNA</b>
Wybieram <input checked="" type="checkbox"/> zakres podstawowy (ubezpieczony) <input checked="" type="checkbox"/> zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni). W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102.
<b>NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY BĄDŹ DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ</b>
Wybieram <input checked="" type="checkbox"/> zakres podstawowy (ubezpieczony) <input checked="" type="checkbox"/> zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni). Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA oraz przekazanie ich do państwa trzeciego celem realizacji umowy. W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. 22 575 97 97 – dotyczy tylko świadczeń Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego w ramach ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy.
<b>NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA</b>
Wybieram <input checked="" type="checkbox"/> dodatkowe grupowe ubezpieczenie Asystent w czasie utraty zdrowia (dotyczy wyłącznie osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus) W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102.

**IV. UPOSAŻENI** - w przypadku nie wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia

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

**V. ZGODA NA OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM I OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO** – wypełnia przystępujący do ubezpieczenia

<sup>3)</sup> dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko    <sup>4)</sup> proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/ę się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Zostałam/ę poinformowana/ę, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania 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 dziecka <sup>3)</sup>.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu marketingowym po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> 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 zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na udostępnianie danych osobowych w celu marketingowym PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Pomoc SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 18 A.
- Wyrażam zgodę\* na udostępnienie moich danych osobowych PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Pomoc SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 18 A w celu oferowania przez te spółki 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 przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Proszę o kontakt przedstawiciela PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, w celu przystąpienia do Otwartego Funduszu Emerytalnego (OFE) PZU „Złota Jesień” bądź zmiany dotychczasowego OFE i przystąpienia do OFE PZU „Złota Jesień”. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych PTE PZU SA w celu umożliwienia kontaktu z przedstawicielami PTE PZU SA.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

_____ Data	_____ Podpis ubezpieczonego
---------------	--------------------------------

**VI. Oświadczenie płatnika składki** – proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko.

<b>Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:</b>	
<input type="checkbox"/> małżonka <input type="checkbox"/> dziecka	
<b>Nazwisko płatnika:</b>	
<b>Imię płatnika:</b>	
<b>PESEL płatnika</b>	
Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym <i>(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)</i>	_ _ _ _ _ _ _
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia <i>(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)</i>	_ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _	
Data	Podpis płatnika

**VII. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY**

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:		
<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input checked="" type="checkbox"/> inny ( jaki) członek stowarzyszenia lub klubu		
Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od  _ _ _ _ _ _ _ _  <sup>5)</sup>		
<sup>5)</sup> dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko		
<input type="checkbox"/> w załączeniu dotychczasowe deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) .....		
_ _ _ _ _ _ _		
Data	Pieczęć ubezpieczającego	Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

**UWAGI DODATKOWE**

.....

**VIII. WYPEŁNIA PZU Życie SA**

Nr jednostki	
_d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_	
Data wpływu do PZU Życie SA	Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

-----

**IX. REZYGNACJA**

Rezygnacja z ubezpieczenia .....wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia   d   d   m   m   r   r   r   r	
_d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_	
Data	Podpis ubezpieczonego



Nr polisy	Numer deklaracji
-----------	------------------

**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do grupowego ubezpieczenia** (proszę zakreślić odpowiednie pole)
 pracowniczego typ P Plus     na życie typ P     na życie Pełnia Życia i ubezpieczeń dodatkowych

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

 zmiany zakresu ubezpieczenia     zmiany danych ubezpieczonego     zmiany uposażonych - unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV.

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

**I. DANE DOTYCZĄCE UBEZPIECZONEGO** - (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

<input checked="" type="checkbox"/> osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym (np. pracownik)		<input type="checkbox"/> małżonek bądź dziecko nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym	
<input type="checkbox"/> Pani <input checked="" type="checkbox"/> Pan	Data urodzenia	11 01 81 9 8 4	Miejsce urodzenia
			WROCŁAW
Nazwisko	KOWALSKI	Imię	JAN
Obywatelstwo	<input checked="" type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne .....	PESEL	84081000451
Kraj stałego zamieszkania <sup>1)</sup>			

**Adres do korespondencji:**

Ulica	TOWAROWA	Nr domu	44	Nr lokalu	2
Miejscowość	WROCŁAW	Kraj	<input type="checkbox"/> Polska <input type="checkbox"/> inny .....(nazwa)		
Kod pocztowy	71-023	Poczta	WROCŁAW		
Telefon kontaktowy	609 567 453	E-mail	Jan.Kowalski@wp.pl		

<sup>1)</sup> proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.**II. ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADEK NALEŻY WPISAĆ: WARIANT 1 lub WARIANT 2 lub WARIANT 3.**Wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto - ..... zł <sup>2)</sup>

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 pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

<sup>2)</sup> proszę wypełnić w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Pełnia Życia tylko wówczas, gdy suma ubezpieczenia określana jest jako wielokrotność miesięcznego wynagrodzenia brutto. Zmiana wysokości wynagrodzenia nie powoduje zmiany wysokości sumy ubezpieczenia.**III. ASSISTANCE NIE WYPEŁNIAĆ**

<b>NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DORAŻNA OCHRONA MEDYCZNA</b>
Wybieram <input type="checkbox"/> zakres podstawowy (ubezpieczony) <input type="checkbox"/> zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni). W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102.
<b>NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA MEDYCZNY EKSPERT DOMOWY BĄDŹ DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZAGRANICZNEJ KONSULTACJI MEDYCZNEJ</b>
Wybieram <input type="checkbox"/> zakres podstawowy (ubezpieczony) <input type="checkbox"/> zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni). Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA oraz przekazanie ich do państwa trzeciego celem realizacji umowy. W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. 22 575 97 97 – dotyczy tylko świadczeń Prywatnej Opieki Domowej, Pomocy w Planowaniu Leczenia i Całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego w ramach ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy.
<b>NALEŻY WYPEŁNIĆ W PRZYPADKU PRZYSTĘPOWANIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ASYSTENT W CZASIE UTRATY ZDROWIA</b>
Wybieram <input type="checkbox"/> dodatkowe grupowe ubezpieczenie Asystent w czasie utraty zdrowia (dotyczy wyłącznie osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus) W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102.

**IV. UPOSAŻENI** - w przypadku nie wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia

L.p	Nazwisko i imię/ Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1.	KOWALSKJA ANNA	01.01.1985 BORSK	00-001 SZCZYRK, ul. TERMICZNA 1/200	15 01 %
2.	KOWALSKI HIERONIM	01.02.1925 BEMIECHOWA	00-002 SOPOT, UL. PRZY KLIFIE 1/100	5 01 %
3.				%
4.				%
Razem				100 %

**V. ZGODA NA OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM I OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO** – wypełnia przystępujący do ubezpieczenia<sup>3)</sup> dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko    <sup>4)</sup> proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

Oświadczam, że:

- Zapoznałem/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
- Zostałam/poinformowana/ana, że administratorem moich danych osobowych jest PZU Życie SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24 oraz o prawie dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Celem zbierania 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 dziecka <sup>3)</sup>.  
Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu marketingowym po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
- Wyrażam zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na udostępnianie moich danych osobowych innym 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 zgodę<sup>4)</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>4)</sup> na udostępnianie danych osobowych w celu marketingowym PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Pomoc SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 18 A.
- Wyrażam zgodę\* na udostępnienie moich danych osobowych PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Pomoc SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, TFI PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą w Warszawie, ul. Postępu 18 A w celu oferowania przez te spółki 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 przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Proszę o kontakt przedstawiciela PTE PZU SA z siedzibą w Warszawie, al. Jana Pawła II 24, w celu przystąpienia do Otwartego Funduszu Emerytalnego (OFE) PZU „Złota Jesień” bądź zmiany dotychczasowego OFE i przystąpienia do OFE PZU „Złota Jesień”. Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych PTE PZU SA w celu umożliwienia kontaktu z przedstawicielami PTE PZU SA.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

10|3|07|2|01|11

Data

Własnoręczny podpis ubezpieczonego

Podpis ubezpieczonego

**VI. Oświadczenie płatnika składki** – proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko.

<b>Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego:</b>	
<input type="checkbox"/> małżonka <input type="checkbox"/> dziecka	
<b>Nazwisko płatnika:</b>	<b>PROSZĘ NIE WYPEŁNIAĆ</b>
<b>Imię płatnika:</b>	
<b>PESEL płatnika</b>	
Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym <i>(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)</i>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia <i>(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)</i>	_ _ _ _ _ _ _ _ _
_ _ _ _ _ _ _ _ _	
Data	Podpis płatnika

**VII. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY**

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:		
<input type="checkbox"/> umowa o pracę <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input checked="" type="checkbox"/> inny ( jaki) członek stowarzyszenia lub klubu		
Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  <sup>5)</sup>		
<sup>5)</sup> dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko		
<input type="checkbox"/> w załączeniu dotychczasowe deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) .....		
_ _ _ _ _ _ _ _ _		
Data	Pieczęć ubezpieczającego	Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

**UWAGI DODATKOWE**

.....

**VIII. WYPEŁNIA PZU Życie SA**

Nr jednostki	
_d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_	
Data wpływu do PZU Życie SA	Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

-----

**IX. REZYGNACJA**

Rezygnacja z ubezpieczenia .....wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_d_ _d_ _m_ _m_ _r_ _r_ _r_ _r_	
Data	Podpis ubezpieczonego