

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy PZU W RAZIE WYPADKU

Numer deklaracji PZU W RAZIE WYPADKU



* 9 2 8 8 0 4 W R P L 0 1 *

Numer polisy lekowej

Numer deklaracji lekowej



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

(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 al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332

a
PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 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 dotyczące ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska ☐ Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

Składka łączna za ubezpieczenie P Plus, PZU W RAZIE WYPADKU i Lekowe zł

zł (grupowe ubezpieczenie typ P Plus)

zł (grupowe ubezpieczenie PZU W RAZIE WYPADKU)

Grupowe ubezpieczenie lekowe PZU Opieka Medyczna

Składka (życie) zł Suma ubezpieczenia (życie) zł

Składka (zdrowie) zł Suma ubezpieczenia (zdrowie) zł

Warunki ubezpieczenia: kod zakresu leków ☐ % współpłacenia % kwota ochrony dodatkowej zł

III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

zakres: ☐ podstawowy (ubezpieczony) ☐ rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ Inne

Podpis partnera życiowego

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

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-606 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

.....
Podpis osoby przystępującej

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

³ W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).