



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA
DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIĘ I ZDROWIE PZU OPIEKA MEDYCZNA S

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

I Dane dotyczące ubezpieczonego

☒ ubezpieczony (osoba formalnie związana z ubezpieczającym)
 ☐ mąż/żona/partner życiowy ubezpieczonego
 ☐ dziecko ubezpieczonego

Imię
 Nazwisko

Data urodzenia
 Miejsce urodzenia

Rodzaj dokumentu tożsamości
 Numer dokumentu tożsamości

Obywatelstwo: ☒ polskie
☐ inne:

Kraj stałego zamieszkania?

Adres do korespondencji:

 Poczta

Kraj: ☒ Polska
☐ inny:

Podłóżna
 Nr domu
 Nr lokalu
 Miejscowość

Telefon kontaktowy
 E-mail

II Zgoda na objęcie ubezpieczeniem

Składka (zycie) 0,25 zł Składka (zdrowie) 212,30 zł łączna wysokość składek 212,55 zł

Wniosek o realizację świadczeń zdrowotnych w PZU ZDROWIE

III Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenia ubezpieczonego (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Oświadczam, że

2. w razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownika wszystkich placówek przystąpieniem do ubezpieczenia.
3. w razie wystąpienia zdarzenia upoważniam PZU Życie SA informać o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia i rokowania, a także do opublikowania mojej choroby w dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Upoważnienie to jest potrącenie, aby ustalić odpowiedzialność z tytułu ubezpieczenia z tytułu zdarzeń obejmujących ubezpieczenie i wysokość świadczenia lub przyczyny śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazywania PZU Życie SA oraz moim rodzicom i dzieciom wszelkich danych i informacji, które uzyskał lub moim małoletnim dzieciom w związku z ubezpieczeniem. Upoważnienie to jest potrącenie, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazywanie informacji lub dokumentacji medycznej mojej i moich małoletnich dzieci, w tym obejmujących: przyczyny zdarzenia, przystąpieniem do ubezpieczenia, w tym w ramach, które zostały mi doręczone przed wystąpieniem do ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie.

4. W dniu podpisania deklaracji przysięskiem nie przebywam w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłych chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orazzeniek własnego organu.
5. Wrazem zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zawartych w deklaracji przysięgienia do ubezpieczenia - w celu przysięgienia oraz SA wykonania umowy ubezpieczenia, a także przekazywania PZU Życie SA przez obowiązywania umowy ubezpieczenia - Zgodę jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji ubezpieczenia.
6. Uświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawarła w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).
7. Mam 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 pismem na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.

Podpis ubezpieczonego

Data

$$\begin{array}{|c|c|c|c|} \hline 2 & 3 & - & 11 \\ \hline \end{array} - \begin{array}{|c|c|c|c|} \hline 2 & 0 & 2 & 1 \\ \hline \end{array}$$

IV Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

☒ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny

jak?