PZU Życie SA

PAKIET dla sieci sklepów abc

Nr polisy		Numer deklaracji		Numer sklepu		Pieczątka sklepu	

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus 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 III.

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)*

☐ **właściciel/współwłaściciel sklepu abc albo osoba pozostająca w stosunku prawnym ze sklepem abc (np. pracownik)**		☐ **małżonek bądź dziecko właściciela/współwłaściciela sklepu abc**	
☐ **Pan** ☐ **Pani**	**Data urodzenia**	**Miejsce urodzenia**	
Nazwisko		**Imię**	
Obywatelstwo	☐ **polskie** ☐**Inne .....**	**PESEL**	
Kraj stałego zamieszkania [1)]			

Adres do korespondencji:

Ulica		**Nr domu**		**Nr lokalu**	
Miejscowość		**Kraj**	☐ **Polska** ☐ **Inny .....**(nazwa)		
Kod pocztowy		**Poczta**			
Telefon kontaktowy		**E-mail**			

[1)] *proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.*

II. ŁĄCZNA WYSOKOŚĆ SKŁADEK: *(proszę zakreślić wybrany wariant)*

☐ **Wariant ze składką 40 zł** ☐ **Wariant ze składką 50 zł**

Upoważniam pracodawcę do potrącania składek za ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich za pośrednictwem ubezpieczającego do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym ze sklepem abc).

III. 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 %

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

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Wyrażam zgodę na objęcie ubezpieczeniem na tych warunkach. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
2. Zostałam/em poinformowana/y, 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.
3. 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 [3)].
   Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
4. ☐Wyrażam zgodę[4)] / ☐ Nie wyrażam zgody[4)] na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu marketingowym po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
5. ☐Wyrażam zgodę[4)] / ☐ Nie wyrażam zgody[4)] na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r. Nr 124, poz. 1151).
6. ☐Wyrażam zgodę[4)] / ☐ Nie wyrażam zgody[4)] 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, CIG PZU SA z siedzibą w Warszawie, ul. Matuszewska 14.
7. W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim ani w szpitalu.
8. ☐ **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 przedstawicielowi PTE PZU SA.**
9. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

|__|__|__|__|__|__|__|__| Data	Podpis ubezpieczonego

[2)] *proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)*

V. Oświadczenie płatnika składki – proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek lub dziecko właściciela/ współ/właściciela sklepu abc.

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego: ☐małżonka ☐ dziecka	
Nazwisko płatnika:	
Imię płatnika:	
PESEL płatnika	

Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy płatnikiem a ubezpieczonym *(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek płatnika)*	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Data ukończenia przez dziecko płatnika 18 roku życia *(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko płatnika)*	|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
Data	Podpis płatnika

VI. Oświadczenie właściciela sklepu abc – proszę wypełnić tylko, jeżeli nie jest to deklaracja przystąpienia właściciela/współwłaściciela sklepu abc.

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia : ☐**umowa o pracę** ☐ **umowa o dzieło** ☐ umowa zlecenie ☐ inny (jaki)……	
Pieczątka sklepu abc	

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym od :	|__|__|__|__|__|__|__|__|

|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Data	Podpis właściciela sklepu

VII. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY

Właściciel/współwłaściciel sklepu abc przystępujący do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym (umowa franczyzy) z ubezpieczającym od ……		
☐ w załączeniu dotychczasowe deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę) ……		
|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Data	Pieczęć ubezpieczającego	Pieczątka 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		Pieczątka 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