V. 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. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
2. Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych 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 w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00 – 133 Warszawa 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 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
6. ☐ Wyrażam zgodę[4] / ☐ Nie wyrażam zgody[4] na udostępnianie danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA.
7. Wyrażam zgodę* na udostępnienie moich danych osobowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA w celu oferowania przez te podmioty rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.
   ☐ * w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X
8. W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
9. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość | Data | Podpis ubezpieczonego

[3] dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko
[4] proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

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

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia składek na ubezpieczenie mojego ubezpieczonego: ☐ małżonka ☐ dziecka

Imię i nazwisko 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

VII. Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny (jaki)

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od [5]

[5] dotyczy płatnika, jeżeli deklarację składa małżonek albo dziecko

☐ w załączeniu dotychczasowa/e 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 | Data | Pieczątka i podpis pracownika PZU Życie SA

IX. Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia

Data | Podpis ubezpieczonego