

III Dane o ubezpieczeniu

Składam wnioszek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJKP42 wraz z ewentualnymi zmianami wynikającymi z umowy ubezpieczenia grupowego, co stanowi realizację moich uprawnień do indywidualnej kontynuacji wynikających z umowy ubezpieczenia zawartej przez ubezpieczającego

| | |
|--|---------------|
| | na podstawie: |
| nazwa ubezpieczającego | |
| <input type="checkbox"/> ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP10 z ewentualnymi zmianami, <input type="checkbox"/> ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna, kod warunków PJGP12 z ewentualnymi zmianami, <input type="checkbox"/> ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP30 z ewentualnymi zmianami, <input type="checkbox"/> ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP31 z ewentualnymi zmianami, <input type="checkbox"/> ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP32 z ewentualnymi zmianami, <input type="checkbox"/> ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia emerytalnego Pogodna Jesień, kod warunków PJGP33 z ewentualnymi zmianami, <input type="checkbox"/> inne | |

Część składki zamieniana na udziały jednostkowe w funduszu – 95%, opłata z tytułu alokacji składki – 5%.
 Opłata administracyjna – 1,80 zł miesięcznie.
 Wysokość opłat likwidacyjnych pobieranych z kwot wykupów całkowitych oraz wykupów częściowych ponad przysługujący ubezpieczonemu coroczny częściowy wykup: w pierwszym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 10%, w drugim roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 10%, w trzecim roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 10%, w czwartym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 9%, w piątym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 8%, w szóstym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 7%, w siódmym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 6%, w ósmym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 5%, w dziewiątym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 4%, w dziesiątym roku licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 3%, w jedenastym i następnych latach licząc od początku odpowiedzialności PZU Życie SA w stosunku do ubezpieczonego – 2%.
 Wysokość kwoty dodatkowej: 10% wartości rachunku udziałów, z tym że nie więcej niż 10.000 zł
 Minimalna wysokość składek – 600 zł rocznie.
 Minimalna wartość rachunku udziałów po dokonanych częściowym wykupie: 500 zł.
 Powyższe kwoty i opłaty mogą ulegać zmianie na zasadach określonych w o.w.u.

proszę o przekazywanie blankietów opłaty składek drogą pocztową

Składki proszę lokować w następujących funduszach:

| Kod funduszu | Nazwa funduszu | | |
|--------------|-------------------------|------------|-----------|
| UWZ03 | Stabilna Pogodna Jesień | | % składki |
| | | | % składki |
| | | | % składki |
| | Razem | 100 | % |

IV Oświadczenia²

1. Zostałem poinformowany / zostałam poinformowana, 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 zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia, jak również wykonywanie obowiązków w zakresie identyfikacji klientów dla celów podatkowych nałożonych na PZU Życie SA oraz realizacja obowiązków wynikających z ustawy z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz.U. z 2010 Nr 46, poz. 276 t.j.). Jednocześnie oświadczam, że jestem uprawniony do udostępniania danych osobowych innym osobom wymienionych w tym dokumencie.
2. Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam Kartę Produktu.
3. Upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia, w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowań, a także do przekazania kopii mojej dokumentacji medycznej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
4. Wyrażam zgodę² / nie wyrażam zgody² na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu marketingowym po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
5. Wyrażam zgodę² / nie wyrażam zgody² na udostępnianie moich danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, PZU POMOC SA, TFI PZU SA, z siedzibą al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA, PZU Zdrowie SA z siedzibą ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PZU SA.
6. Wyrażam zgodę² / nie wyrażam zgody² na przysyłanie mi za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej informacji handlowych przez: PZU SA, PZU Życie SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA z siedzibą al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA, PZU Zdrowie SA z siedzibą ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa oraz inne podmioty powiązane kapitałowo z PZU SA.
7. Oświadczam, że:
 - nie jestem podatnikiem USA³,
 - jestem podatnikiem USA³.
 - PZU Życie SA jest zobowiązany do przekazania do administracji podatkowej USA (za pośrednictwem polskich organów podatkowych) danych dotyczących:
 - podatników USA³,
 - osób, które odmówiły złożenia oświadczenia w zakresie statusu podatnika USA³,
 - osób, w przypadku których stwierdzono przesłanki świadczące o rezydencji podatkowej USA i które, na prośbę PZU Życie SA, nie dostarczyły dokumentów potwierdzających, że nie są podatnikami USA³.
- Oświadczenie gromadzone jest na potrzeby realizacji obowiązków PZU Życie SA dotyczących identyfikacji klientów będących podatnikami Stanów Zjednoczonych wynikających z Ustawy z dnia 9 października 2015 r. o wykonywaniu Umowy pomiędzy Rządem Rzeczypospolitej Polskiej a Rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA. Ubezpieczony ma prawo dostępu do swoich danych, a także do ich poprawiania lub usunięcia. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
8. Zobowiązuję się do aktualizacji oświadczenia w zakresie mojego statusu podatnika USA³ w przypadku zmiany okoliczności powodujących, iż poprzednie oświadczenie straciło aktualność oraz możliwej konieczności dostarczenia dodatkowych dokumentów w celu weryfikacji wiarygodności tego oświadczenia
9. Wyrażam zgodę² / nie wyrażam zgody² na przysyłanie za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości sms lub e-mail, informacji dotyczących zawartych oraz wnioskowanych umów ubezpieczenia przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Zobowiązuję się do uaktualniania danych wykorzystywanych do otrzymywania informacji za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
10. Oświadczam, że zostałem poinformowany/zostałam/poinformowana o prawie odstąpienia od umowy w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy.
11. Wyrażam zgodę² na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1844).

Niniejszym podpisem wyrażam zgodę na powyższe.

| | | |
|-------------|---|-----------------------|
| | <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">D</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">D</div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">M</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">M</div> - <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">R</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">R</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">R</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">R</div> | |
| Miejscowość | Data | Podpis ubezpieczonego |

² Proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody).
³ Definicja podatnika USA powinna być interpretowana zgodnie z przepisami Kodeksu Podatkowego USA (z ang. Internal Revenue Code) wedle którego podatnikiem USA jest osoba fizyczna spełniająca co najmniej jeden z warunków wymienionych poniżej:
 1) posiada obywatelstwo USA (również w przypadku jednoczesnego posiadania innego obywatelstwa),
 2) używała prawo stałego pobytu w USA przez dowolny okres w danym roku (tzw. Zielona Karta),
 3) dokonała wyboru amerykańskiej rezydencji dla celów podatkowych po spełnieniu warunków przewidzianych w przepisach USA,
 4) przebywała w USA przez co najmniej 31 dni w ciągu roku podatkowego i jednocześnie łączna liczba dni, w których osoba ta przebywała w USA w ciągu bieżącego roku i 2 poprzednich lat kalendarzowych wynosi co najmniej 183 dni (ustalając łączną liczbę dni pobytu stosuje się mnożnik 1 dla liczby dni pobytu w roku bieżącym, 1/3 dla dni pobytu w roku poprzednim i 1/6 dla dni pobytu dwa lata wstecz co oznacza, że:
 – 1 dzień pobytu w roku bieżącym = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 – 3 dni pobytu w roku poprzednim = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu,
 – 6 dni pobytu dwa lata wstecz = 1 dzień do łącznej liczby dni pobytu).

V Potwierdzenie otrzymania owu i karty produktu

Otrzymałem/Otrzymałam i zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogólnych warunków ubezpieczenia.

Potwierdzam, że otrzymałem/otrzymałam Kartę Produktu.

- -

Data

Podpis ubezpieczonego

Dane jednostki obsługującej ubezpieczenie PZU Centrum Operacji SA, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń dostępne jest do wglądu na stronie www.pzu.pl w części dotyczącej relacji inwestorskich.

VI Wypełnia PZU Życie SA

Data wpływu do PZU Centrum Operacji SA

- -

NIK pracownika przyjmującego wniosek

Data wpływu do jednostki PZU Życie SA

- -

NIK pracownika przyjmującego wniosek

Sprawdzono pod względem formalnym.

- -

Data

Pieczątką i podpis pracownika PZU Życie SA

Wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia został zaakceptowany na wycenę z dnia:

- -

Nr wyceny

Wniosek kwalifikuje się do odmowy z powodu:

- -

Data

Pieczątką i podpis pracownika PZU Centrum Operacji SA