|  |
| --- |
| **PROGRAM POLICJA 2015 - EMERYT** |

****

|  |
| --- |
| **DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:****- GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO TYP P PLUS i ubezpieczeń dodatkowych****- GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S i ubezpieczeń dodatkowych** **DLA BYŁYCH FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN**[ ] [ ] [ ]  |
| **Nr polisy PPLUS** |  | **Nr Deklaracji** |  | **Nr polisy OMS** |  | **Nr Deklaracji** |  |

|  |
| --- |
| Zmiana deklaracji z powodu *(w przypadku zmiany wcześniej złożonej deklaracji proszę zakreślić odpowiednie pole)* |
| **[ ] [ ] [ ]** **[ ]**  ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA / ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH | **[ ] [ ] [ ]** **[ ]**  ZMIANY DANYCH UBEZPIECZONEGO/WSPÓŁUBEZPIECZONEGO | **[ ] [ ] [ ]** **[ ]** ZMIANYUPOSAŻONYCH (unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV) | **[ ] [ ] [ ] [ ]**  ZMIANY WSKAZANIA PARTNERA ŻYCIOWEGO |

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

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **I. Dane dotyczące ubezpieczonego** *(deklarację prosimy wypełnić czytelnie* DRUKOWANYMI LITERAMI*)* |
|  |
| **[ ] [ ] Ubezpieczony podstawowy:** **[ ]**  Były Funkcjonariusz/Pracownik Policjilub**Ubezpieczony bliski:** **[ ]**  Małżonek **[ ]**  Partner życiowy **[ ]**  Pełnoletnie dziecko |
| [ ]  |  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| Pani | Pan | Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Pierwsze imię |  |  | Drugie imię |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  | PESEL1 |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obywatelstwo:** [ ]  polskie [ ]  inne: |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Kraj stałego zamieszkania 2 |
|  |  |  |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |  | – |  |  |  |  |  |
|  |  | Kod pocztowy |  | Poczta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  | Miejscowość |
| **Kraj:** [ ]  Polska [ ]  inny: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| Telefon kontaktowy |  | E-mail |

|  |
| --- |
| 1 *Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.* |
| 2 *Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.* |
|  |
| **II. Zgoda na objęcie Programem ubezpieczenia grupowego** *(wybrane warianty proszę zaznaczyć znakiem* **X***)*: |

1. **Warianty PODSTAWOWE ubezpieczenia na życie wraz z ubezpieczeniem zdrowotnym OMS w zakresie STANDARD – PAKIET INDYWIDUALNY**\*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **I** | **IV** | **VIII** |
| 61,00 zł[ ]  | 85,00 zł[ ]  | 116,00 zł[ ]  |

***\* proszę wybrać jeden z wariantów PODSTAWOWYCH***

**2. Warianty rozszerzające ubezpieczenie zdrowotne – Opieka Medyczna S (OMS)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Zakresy ubezpieczenia zdrowotnego OMS** |
| Pakiet | **STANDARD** | **KOMFORT** | **KOMFORT PLUS** | **OPTIMUM** |
| **Indywidualny** | **W zakresie ubezpieczenia na życie** | [ ]  23,40 zł | [ ]  45,70 zł | [ ]  76,60 zł |
| **Partnerski** | [ ]  12,75 zł | [ ]  59,55 zł | [ ]  104,15 zł | [ ]  165,95 zł |
| **Rodzinny** | [ ]  25,50 zł | [ ]  95,70 zł | [ ]  162,60 zł | [ ]  255,30 zł |

|  |
| --- |
|  |
| **III. Partner Życiowy** *(prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony Podstawowy* ***nie pozostaje*** *w formalnym związku małżeńskim)*  |
| [ ]  |  | [ ]  |  |  |  |  |
| Pani | Pan | Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Imię |  |  |  |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  | PESEL |  |  |  |
| **Obywatelstwo:** [ ]  polskie [ ]  [ ]  inne: |  |
|  |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  | Podpis partnera życiowego |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |
| **IV. Uposażeni** *(w przypadku braku wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)* |
|  |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię/ Nazwa** | **Data i miejsce urodzenia / REGON** | **Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym** | **% świadczenia** |
| **1.** |  |  |  | |\_\_|\_\_|\_\_| % |
| **2.** |  |  |  | |\_\_|\_\_| % |
| **3.** |  |  |  | |\_\_|\_\_| % |
| **4.** |  |  |  | |\_\_|\_\_| % |
|  |  |  | **Razem** | **100 %** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **V. Współubezpieczeni** ***Dotyczy ubezpieczenia Opieka Medyczna S****. Proszę wpisać osoby objęte ubezpieczeniem w pakiecie partnerskim (1 współubezpieczony) lub rodzinnym (2 lub więcej współubezpieczonych)tj. małżonka, partnera życiowego lub niepełnoletnie dzieci* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1.** | [ ]  |  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
|  | Pani | Pan | Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  Pierwsze imię |  | Drugie imięDrugie imię |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  |  | PESEL1 |  |
|  | Stopień pokrewieństwa: [ ]  małżonek [ ]  partner życiowy [ ]  dziecko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |  | – |  |  |  |  |  |
|  |  | Kod pocztowy |  | Poczta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  | Miejscowość |
|  | **Kraj:**[ ]  Polska    [ ]  Inny:  |  |  | Kraj stałego zamieszkania2  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 11 i 12 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2, 4 i 10 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 8 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 9 części VI deklaracji. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2.** | [ ]  |  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| Pani | Pan |  | Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  Pierwsze imię |  | Drugie imięDrugie imię |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  |  | PESEL1 |  |
|  | Stopień pokrewieństwa: [ ]  małżonek [ ]  partner życiowy [ ]  dziecko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |  | – |  |  |  |  |  |
|  |  | Kod pocztowy |  | Poczta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  | Miejscowość |
|  | **Kraj:**[ ]  Polska    [ ]  Inny:  |  |  | Kraj stałego zamieszkania2  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 11 i 12 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2, 4 i 10 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 8 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 9 części VI deklaracji. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1 *Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.*

2 *Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.*

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

4 *W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.** | [ ]  |  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| Pani | Pan |  | Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  Pierwsze imię |  | Drugie imięDrugie imię |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  |  | PESEL1 |  |
|  | Stopień pokrewieństwa: [ ]  małżonek [ ]  partner życiowy [ ]  dziecko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |  | – |  |  |  |  |  |
|  |  | Kod pocztowy |  | Poczta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  | Miejscowość |
|  | **Kraj:**[ ]  Polska    [ ]  Inny:  |  |  | Kraj stałego zamieszkania2  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 11 i 12 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2, 4 i 10 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 8 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 9 części VI deklaracji. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4.** | [ ]  |  | [ ]  |  |  |  |  |  |  |
| Pani | Pan |  | Nazwisko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  Pierwsze imię |  | Drugie imięDrugie imię |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Miejsce urodzenia |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data urodzenia |  |  |  |  | PESEL1 |  |
|  | Stopień pokrewieństwa: [ ]  małżonek [ ]  partner życiowy [ ]  dziecko |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Adres do korespondencji:** |  |  | – |  |  |  |  |  |
|  |  | Kod pocztowy |  | Poczta |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Ulica |  | Nr domu |  | Nr lokalu |  | Miejscowość |
|  | **Kraj:**[ ]  Polska    [ ]  Inny:  |  |  | Kraj stałego zamieszkania2  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 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. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 11 i 12 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2, 4 i 10 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji. [ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 8 części VI deklaracji.[ ]  3 Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 9 części VI deklaracji. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego4 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **VI. Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenie ubezpieczonego** *(wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)*  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oświadczam, że:1. Otrzymałam/em i zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających lub wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, 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.
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 dziecka1.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.1. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez: Mentor S.A. z siedzibą w Toruniu, PWS Konstanta S.A. z siedzibą w Bielsku Białej, oraz Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z 29-08-1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn.: Dz.U.02,101,926 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu związanym z realizacją i obsługą umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem ww. spółek. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
2. Wyrażam zgodę \*\*\*\* na przetwarzanie moich danych osobowych w celu oferowania oraz przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatach, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (dz.U. 02.101.926 z późniejszymi zmianami) w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie oraz Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu

[ ]  \*\*\*\* w przypadku braku zgody należy zaznaczyć -**X** |  | 1. [ ]  Wyrażam zgodę2 / [ ]  Nie wyrażam zgody2 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.
2. [ ]  Wyrażam zgodę2 / [ ]  Nie wyrażam zgody2 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. 2013 poz. 950).
3. [ ]  Wyrażam zgodę2 / [ ]  Nie wyrażam zgody2 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. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA.
4. 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. Konstruktorskiej 13, 02-673 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 X1. W celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych:
2. świadczeniodawcy realizującemu procedury wynikające z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych;
3. podmiotowi wykonującemu czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz PZU Życie SA, zgodnie z art. 3 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
4. 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.
5. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.
 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis ubezpieczonego |
| 1 Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko.2 Proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody). |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **VII. Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego** ***Dotyczy byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji****proszę wypełnić w przypadku gdy niniejszą deklarację przystąpienia składa określony w części I ubezpieczony bliski (małżonek/partner życiowy/pełnoletnie dziecko)* *byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji* |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko ubezpieczonego podstawowego*(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)* | Imię ubezpieczonego podstawowego*(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)* | PESEL ubezpieczonego podstawowego*(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)* |
| Oświadczam, że do ubezpieczenia wraz ze mną przystępuje, jako ubezpieczony bliski, mój małżonek lub partner życiowy lub pełnoletnie dziecko, którego dane podane są w części I niniejszej deklaracji. |
|  Data zawarcia związku małżeńskiego (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek funkcjonariusza lub pracownika Policji) | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  Data ukończenia przez dziecko 18 roku życia (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko funkcjonariusza lub pracownika Policji) | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |
|  |  | Data | Podpis ubezpieczonego podstawowego*(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)* |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VIII. Wypełnia ubezpieczający**  |  |
|  |  |
| Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego *(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)*  z ubezpieczającym: |
|  |  |
| [ ]  | Były Funkcjonariusz / Pracownik Policji |  |  | [ ]  inny |  |
|  |  |  | Jaki? |
|  |  |
| Były Funkcjonariusz / Pracownik Policji przystępujący do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z pracodawcą lub ubezpieczającym od: | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |
|  | Data |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **ZWIĄZKI ZAWODOWE w POLICJI** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |
| Data | Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego | Pieczątka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie |
|  |
| Uwagi dodatkowe |
|  |

|  |
| --- |
|  |
|  |
| **IX. Wypełnia PZU Życie SA** |
|  |
|  |  |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |
|  | Nr jednostki | Data | Pieczątka i podpis pracownika PZU Życie SA |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **X. Rezygnacja ubezpieczonego** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rezygnuję z ubezpieczenia na życie wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi oraz ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia: |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Data |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis ubezpieczonego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **XI. Rezygnacja współubezpieczonego** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwisko współubezpieczonego |  | Imię współubezpieczonego |  | PESEL współubezpieczonego |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rezygnuję z ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia: |  | D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| D | D | – | M | M | – | R | R | R | R |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego1 |

1 *W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.*

|  |
| --- |
|  |