

Numer polisy typ P Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy (Dodatkowa Ochrona Życia)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Dodatkowa Ochrona Życia)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)

Numer polisy (Ochrona dla dziecka)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy Opieka Medyczna S
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji Opieka Medyczna S

Numer polisy (W Razie Wypadku)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (W Razie Wypadku)

Grupowe ubezpieczenie (P Plus, Opieka Medyczna S i pakiety dodatkowe PZU Na Życie Plus) dla funkcjonariuszy i pracowników Policji oraz ich bliskich

Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako ubezpieczony podstawowy:

- Funkcjonariusz
 Pracownik

Przystępuję jako ubezpieczony bliski:

- Małżonek ubezpieczonego podstawowego
 Pełnoletnie dziecko ubezpieczonego podstawowego
 Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Deklaracja zmiany danych

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.



- Wypełnij DRUKOWANYMI literami
- Podpisz się w zaznaczonych miejscach
- Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Imię _____

Nazwisko _____

Płeć: kobieta mężczyzna

PESEL _____

Data urodzenia _____

(uzupełnij, jeśli posiadasz)

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo polskie i/albo inne – jakie: _____

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Kraj stałego zamieszkania _____

(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

E-mail _____

Nr telefonu _____

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj Polska inny – jaki: _____

Wariant ubezpieczenia



Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie.

1. Wybieram ubezpieczenie typ P Plus (Warianty PODSTAWOWE) wraz z ubezpieczeniem Opieka Medyczna S w zakresie Standard – pakiet indywidualny (proszę wybrać jeden wariant):

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI	Wariant VII
<input type="checkbox"/> 89,00 zł	<input type="checkbox"/> 125,00 zł	<input type="checkbox"/> 134,00 zł	<input type="checkbox"/> 143,00 zł	<input type="checkbox"/> 152,00 zł	<input type="checkbox"/> 197,00 zł	<input type="checkbox"/> 166,00 zł

2. Wybieram rozszerzenie ubezpieczenia Opieka Medyczna S (OMS):

	Zakres STANDARD	Zakres KOMFORT	Zakres KOMFORT PLUS	Zakres OPTIMUM
Pakiet indywidualny	W ramach wariantów podstawowych	<input type="checkbox"/> 31,00 zł	<input type="checkbox"/> 62,50 zł	<input type="checkbox"/> 107,50 zł
Pakiet partnerski	<input type="checkbox"/> 20,75 zł	<input type="checkbox"/> 86,75 zł	<input type="checkbox"/> 149,75 zł	<input type="checkbox"/> 239,75 zł
Pakiet rodzinny	<input type="checkbox"/> 43,50 zł	<input type="checkbox"/> 142,50 zł	<input type="checkbox"/> 237,00 zł	<input type="checkbox"/> 372,00 zł

3. Wybieram ubezpieczenie typ P Plus (Dodatkowa Ochrona Życia)*:

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 9,00 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł	<input type="checkbox"/> 17,00 zł

4. Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy – Wsparcie w razie nowotworu, możliwość wybrania obydwu zakresów)*:

Zakres podstawowy	Zakres podstawowy Plus
<input type="checkbox"/> 12,00 zł	<input type="checkbox"/> 17,00 zł

5. Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy – Ochrona dla dziecka)*:

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł

6. Wybieram ubezpieczenie PZU Na Życie Plus (Pakiet dodatkowy – W Razie Wypadku):

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł

* do pakietu mogą przystąpić funkcjonariusze i pracownicy Policji oraz ich małżonkowie, partnerzy życiowi i pełnoletnie dzieci, którzy wybrali jeden z wariantów ubezpieczenia wskazanego w punkcie 1.

Wyrażam zgodę na comiesięczne potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę, wynagrodzenia za czas choroby i zasiłków z ubezpieczenia społecznego oraz wszystkich innych należności przysługujących od pracodawcy, kwoty tytułem finansowanej przeze mnie składki ubezpieczeniowej wynikającej z wybranego przeze mnie zakresu ubezpieczenia. W przypadku przystąpienia do ubezpieczenia moich bliskich (małżonka albo partnera życiowego, pełnoletniego dziecka) powyższa zgoda dotyczy również składek należnych z tytułu udzielanej im ochrony ubezpieczeniowej.

Uposażeni



Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1				<input type="text"/> <input type="text"/> %
2				<input type="text"/> <input type="text"/> %
3				<input type="text"/> <input type="text"/> %
4				<input type="text"/> <input type="text"/> %
5				<input type="text"/> <input type="text"/> %
6				<input type="text"/> <input type="text"/> %

RAZEM 100%

Dane partnera życiowego (dotyczy pakietów dodatkowych PZU Na Życie Plus, a w przypadku ubezpieczenia typ P Plus ma zastosowanie, jeśli zgodnie z umową ubezpieczenia można wskazać partnera życiowego)

i Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____

(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL)

Data urodzenia _____

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo polskie i/ albo inne – jakiej: _____

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Potwierdzenie ubezpieczonego podstawowego (pracownika)

i W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL _____

Data zawarcia związku małżeńskiego _____

(dotyczy małżonka)

Data _____

Podpis ubezpieczonego podstawowego _____ 

(pracownika)

Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- Oświadczam, że jest mi znana treść zmiany wariantu ubezpieczenia, która nastąpi w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przeze mnie wieku określonego w danym wariantcie ubezpieczenia, akceptuję zmianę wariantu ubezpieczenia po ukończeniu wskazanego wieku zgodnie z treścią oferty zaakceptowanej przez ubezpieczającego, którą otrzymałam/em przed przystąpieniem do ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy, Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus).
- Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu. Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
- Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA.

- nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA, albo
- byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
- byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony.
(proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).

Oświadczam, że:

- Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
 - miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienności serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,
 - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,
 - przewłękła obturacyjna choroba płuc,
 - przewłękła niewydolność nerek,
 - alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewłękła zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewłękła zapalenie trzustki,
 - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,
- W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- W ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłem jako biorca przeszczepu wątroby, serca, nerki, płuca, szpiku, ani też nie oczekuję na taki przeszczep.

UWAGA! Jeżeli w Twoim przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe a mimo to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.

Oświadczenie nie dotyczy osób przystępujących do ubezpieczenia typ P Plus, wskazanego w sekcji Wariant ubezpieczenia w pkt 1 i 3, w ciągu trzech miesięcy od daty nabycia prawa do przystąpienia zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia.

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	<input type="checkbox"/>	8. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
Zadzwońmy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.	<input type="checkbox"/>	9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	<input type="checkbox"/>	10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:

Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.

Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

- Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z Grupy PZU, tj.: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawienia odpowiedniej oferty.

Nazwy i adresy spółek, których nazwy występują w treści zgód marketingowych

Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Informacje

1. Masz 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 pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.
2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową udostępnia serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Data Podpis osoby przystępującej **Informacja o zatrudnieniu – wypłnia ubezpieczający (Związki Zawodowe Policji)**

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym:

 umowa o pracę mianowanie umowa o dzieło umowa zlecenie inny – jaki: _____Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

Data

Pieczęćka ubezpieczającego
(Związki Zawodowe Policji)_____
Podpis i pieczęćka albo czytelny podpis
osoby obsługującej ubezpieczenie