

Numer polisy P Plus
Numer deklaracji P Plus
Numer polisy P Plus (DOŻ)
Numer deklaracji P Plus (DOŻ)
Numer polisy P Plus (wariant dodatkowy)
Numer deklaracji P Plus (wariant dodatkowy)
Numer polisy Pakiet Onkologiczny
Numer deklaracji Pakiet Onkologiczny

Wzór wypełniania deklaracji dla małżonka lub partnera
życiowego oraz pełnoletniego dziecka funkcjonariusza
lub pracownika Policji.

* Wypełnia Zakład Pracy (numer polisy jest
niezbędny, aby zidentyfikować deklarację).

I 0 1 *

Numer polisy OMS
Numer deklaracji OMS
Numer polisy P Plus (Pakiet Pracownik)
Numer deklaracji P Plus (Pakiet Pracownik)
Numer polisy Pakiet Onkologiczny
Numer deklaracji Pakiet Onkologiczny

Numer polisy Ochrona dla Dziecka
Numer deklaracji Ochrona dla Dziecka
Numer polisy PZU W Razie Wypadku (Pakiet Wypadkowy)
Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku (Pakiet Wypadkowy)



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DLA FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

☐ DEKLARACJA ZMIANY

Proszę nie zaznaczać tego pola.

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)

Zaznacz odpowiedni kwadrat
i wpisz swoje dane.

Przystępuję jako ubezpieczony podstawowy:

☐ Funkcjonariusz ☐ Pracownik cywilny

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ ☐ J U S T Y N A
Pan Pani Imię
K O W A L S K A
Nazwisko

Wprowadzone dane nie mogą
wychodzić poza obręb kratki.

2 5 0 3 1 9 9 0 WARSZAWA 9 0 0 3 2 5 5 5 4 8 9
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo ☒ Polskie ☐ Inne

Adres do korespondencji

Numer PESEL jest niezbędny,
aby zidentyfikować deklarację.

stałego zamieszkania¹

WARSZAWA

Miejscowość

PROSTA

Adres do korespondencji jest niezbędny.

Ulica

0 0 3 0 0 WARSZAWA

Kod pocztowy Poczta

5 5 5 9 9 9 0 0 0 JKOWALSKA@OP.PL

Telefon kontaktowy E-mail

Kraj ☒ Polska ☐ Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki (wybrane warianty proszę zaznaczyć znakiem X):

WSTAW X przy wybranym wariantcie.
Ważne: W Małopolsce możesz wybrać
warianty: 1, 2, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15 lub 16

1. Warianty PODSTAWOWE ubezpieczenia typ P Plus wraz z ubezpieczeniem zdrowotnym OMS w zakresie STANDARD – PAKIET INDYWIDUALNY (proszę wybrać jeden wariant)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
69,60 zł	77,60 zł	85,60 zł	93,50 zł	101,50 zł	109,40 zł	117,20 zł	125,30 zł	133,30 zł	141,30 zł	149,10 zł	157,10 zł	165,10 zł	173,10 zł	181,10 zł	139,20 zł
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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

Wybierz jeden z wariantów podstawowych.

Zakresy ubezpieczenia zdrowotnego OMS

Pakiet	STANDARD	KOMFORT	KOMFORT PLUS	OPTIMUM
Indywidualny	w zakresie wariantu PODSTAWOWEGO	☐ 32,00 zł	☐ 44,60 zł	☐ 73,70 zł
Partnerski	☐ 12,15 zł	☐ 101,35 zł	☐ 159,55 zł	☐ 245,40 zł
Rodzinny	☐ 24,30 zł	☐ 96,00 zł	☐ 158,10 zł	☐ 245,40 zł

Możesz rozszerzyć opiekę medyczną
o inny niż standardowy zakres.

3. Dodatkowej Ochrony Życia*

Możesz rozszerzyć ubezpieczenie
o wariant Dodatkowej Ochrony Życia

1	2	3
8,00 zł	11,00 zł	15,50 zł
☐	☐	☐

4. Wariant dodatkowy**

Wariant dodatkowy tylko dla
Pracowników i Funkcjonariuszy Policji.

1
14,47 zł
☐

1
☐ 18,00 zł

1	2	3
☐ 10,00 zł	☐ 16,00 zł	☐ 24,00 zł

1	2
☐ 6,50 zł	☐ 12,00 zł

* Do Dodatkowej Ochrony Życia, Pakietu Onkologicznego mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji oraz ich Małżonkowie, Partnerzy Życiowi i Pełnoletnie Dzieci, którzy przysta-

Pakiety Pracownik i Ochrona dla Dziecka są tylko dla Pracowników i Funkcjonariuszy Policji.

Możesz rozszerzyć ubezpieczenie o Pakiet wypadkowy i Onkologiczny. W przypadku Pakietu Onkologicznego można wybrać oba warianty.

6. Pakiet Onkologiczny* (możliwość przystąpienia do obu wariantów – w przypadku zaznaczenia Wariantu 1 oraz Wariantu 2 wysokości świadczeń skumulują się)

	Wysokość świadczenia	
Zakres ubezpieczenia	Wariant 1 ☐ 12,00 zł	Wariant 2 ☐ 17,00 zł
Śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariantcie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego:		
• ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia	25 000 zł	41 000 zł
• ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia	10 000 zł	17 000 zł
• ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia	3 000 zł	5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	600 zł	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	3 000 zł	5 000 zł

Funkcjonariusze i Pracownicy Policji, którzy przystąpili do ubezpieczenia co najmniej w Dzieci Funkcjonariuszy i Pracowników Policji.

acę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie

III Partner życiowy (wskazuje jako partnera życiowego następującą osobę) – osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostająca w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym.

[illegible]

Na deklaracji pełnoletniego dziecka, tylko jeśli wskaże w swojej deklaracji partnera życiowego to w tej sekcji podpisuje się jego partner życiowy.

To pole uzupełnia:

- pełnoletnie dziecko pracownika, jeśli chce wskazać swojego partnera życiowego.

Pola nie uzupełnia małżonek lub partner życiowy pracownika.

Podpis partnera życiowego

IV Uposażeni (w przypadku nie 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	KOWALSKA ANNA	07.09.1970 WARSZAWA	00-300 WARSZAWA, UL. PROSTA 13/1	100 %
2				
3				
4				
5				
6				
Razem				100 %

Podaj dane osób, które chcesz uposażyć.

V Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

1. Chcę zostać objęty/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. W razie wystąpienia zdarzenia upoważnam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich najbliższych dzieci, w tym o zabiegach, w których przyczyną hospitalizacji jest choroba z wyłączeniem badań

Oznacz w check boxach oświadczenia, na które wyrażasz zgodę.

kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczących, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.

3. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, na świadczeniu rehabilitacyjnym oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu (nie staję się w grupowym ubezpieczeniu PZU w RAZIE WYPADKU, nie dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia wskazanego w sekcji II w pkt 1, 3-5 były objęte innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA lub innym zakładzie ubezpieczeń).

4. **W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w hospicjum placówce dla przewlekłe chorych** (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).

- 5. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie TPGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy.**
(Proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).

Oświadczam, że:

1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- 1) miażdżyca, tętniak aorty, zatorowości płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
 - 2) przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
 - 3) przewlekła obturacyjna choroba płuc;
 - 4) przewlekła niewydolność nerek;
 - 5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
 - 6) cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.

2. W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorób nowotworu złośliwego.

3. 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.

6. ☒ ² 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.
7. ☒ ² 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).
8. ☒ ² 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).
9. ☒ ² 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 posiadał ubezpieczenia w tej firmie.

10. ☒ ² Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

11. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.**

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można 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. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

0 5 - 0 6 - 2 0 2 2

Data (dd-mm-rrrr)

Złożenie podpisu jest niezbędne.
Podpis musi być złożony w obrębie pola.

Podpis osoby przystępującej

VI Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego – proszę wypełnić w przypadku gdy niniejszą deklarację przystąpienia składa wskazany w części I ubezpieczony bliski (małżonek/partner życiowy/pełnoletnie dziecko Funkcjonariusza lub Pracownika Policji)

Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia)

0 5 - 0 6 - 1 9 9 0

K O W A L S K I

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

J A N

Imię ubezpieczonego podstawowego

7 0 0 9 1 5 4 2 2 1 5

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Te pola wypełnia pracownik tylko na deklaracji małżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka.

przystępuje, jako ubezpieczony bliski, mój małżonek/partner życiowy lub

Złożenie podpisu pracownika lub funkcjonariusza Policji jest niezbędne.

ane są zonego

0 5 - 0 6 - 2 0 2 2

Data

Wpisz datę.

Podpis ubezpieczonego podstawowego
(tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

VII Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny

Jaki?

Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

D D - M M - R R R R R ³

Pole wypełnia zakład pracy.

D D - M M - R R R R R

Data

Związki Zawodowe w Policji

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

¹Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska, ²W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody), ³Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.