

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

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)

Przystępuję jako ubezpieczony podstawowy: ☐ Funkcjonariusz ☒ Pracownik cywilny

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

Nazwisko

Diagram illustrating the structure of a PESEL number:

- 2 5 0 3 1 9 8 5: Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
- Miejsce urodzenia (Place of birth)
- 8 5 0 3 2 5 5 5 4 8 9: PESEL

Obywatelstwo	☒ Polskie	Inne	
--------------	---	------	--

Adres do korespondencji

WARSZAWA	aby zidentyfikować deklarację.
----------	--------------------------------

Miejscowość

PROSTA	Adres do korespondencji jest niezbędny.		1	3								1				
--------	---	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____

00-000 WARSZAWA

Kod pocztowy _____ Poczta _____

[illegible]

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	☐ 22,00 zł	☐ 44,60 zł	☐ 73,70 zł
Partnerski	☐ 12,15 zł	Możesz rozszerzyć opiekę medyczną o inny niż standardowy pakiet/zakres.	☐ 101,35 zł	☐ 159,55 zł
Rodzinny	☐ 24,30 zł		☐ 96,00 zł	☐ 158,10 zł

3. Dodatkowej Ochrony Życia*

1	2	3
8,00 zł	11,00 zł	15,50 zł

4. Wariant dodatkowy**

1
14,47 zł

5. Pakiet Pracownik**

1
☐ 18,00 zł

7. Pakiet Ochrona dla Dziecka**

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

8. Ubezpieczenie Pakiet Wypadkowy

1	2
☐ 6,50 zł	☐ 12,00 zł

* Do Dodatkowej Ochrony Życia, Pakietu Onkologicznego mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji oraz ich Małżonkowie, Partnerzy Żywici i Pełnoletnie Dzieci, którzy przystąpili do ubezpieczenia co najmniej w wariantcie PODSTAWOWYM

** Do Wariantu dodatkowego, Pakietu Pracownik w wariantcie PODSTAWOWYM, nie mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji, którzy przystąpili do ubezpieczenia co najmniej w wariantcie PODSTAWOWYM. Upoważniam pracodawcę do potrącania składki z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczycielem).

Możesz rozszerzyć ubezpieczenie o dodatkowe pakiety. W przypadku pakietu Onkologicznego możesz wybrać oba warianty.

III Partner życiowy (wskazując 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.

Wskaz dane Twojego partnera życiowego. Jeśli partner życiowy chce przystąpić do ubezpieczenia musi wypełnić swoją deklarację.

☒ ☐ K R Z Y S Z T O F

Pan Pani Imię

Z I E L N I K

Nazwisko

1 6 - 1 0 - 1 9 8 5 WARSZAWA

Data urodzenia Miejsce urodzenia

8 5 1 0 1 1 6 0 8 7 7

PESEL

Obywatelstwo ☒ Polskie ☐ Inne

Podpis Twojego partnera życiowego.

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	07.09.2010 WARSZAWA	00-300 WARSZAWA, UL. PROSTA 13/1	1 0 0 %
3				%
4				%
5				%
6				%
Razem				1 0 0 %

Podaj dane osób, które chcesz uposażać.

V Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- Chcę zostać objęta/v ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia ...
- W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazania 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 świadczeniodawców, 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.
- 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 stosuje 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).
- 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 PTGP34 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:
- Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
 - miażdżycę, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
 - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
 - przewlekła obturacyjna choroba płuc;
 - przewlekła niewydolność nerek;
 - alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe 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.

- 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.

Podpis osoby przystępującej

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Podpis ubezpieczonego podstawowego
(tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

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