

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	



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

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

☒ ☐ J A N

Pan Pani Imię

K O W A L S K I

Nazwisko

1 8 - 0 9 - 1 9 8 0

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

WARSZAWA

Miejsce urodzenia

8 0 0 9 1 8 9 4 3 9 7

PESEL

Obywatelstwo ☒ Polskie ☐ Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

WARSZAWA

Miejscowość

FIKCYJNA

Ulica

0 0 - 9 9 9 WARSZAWA

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☒ Polska ☐ Inny (nazwa)

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

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)

Zakresy ubezpieczenia zdrowotnego OMS

Pakiet	STANDARD	KOMFORT	KOMFORT PLUS	OPTIMUM
Indywidualny	w zakresie wariantu PODSTAWOWEGO	☐ 23,90 zł	☐ 44,60 zł	☐ 73,70 zł
Partnerski	☒ 12,15 zł	☐ 59,95 zł	☐ 101,35 zł	☐ 159,55 zł
Rodzinny	☐ 24,30 zł	☐ 96,00 zł	☐ 158,10 zł	☐ 245,40 zł

3. Dodatkowej Ochrony Życia*

1	2	3
8,00 zł	11,00 zł	15,50 zł
☐	☐	☐

4. Wariant dodatkowy**

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 Wariantu dodatkowego, Pakietu Pracownik, Pakietu Ochrona dla Dziecka mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji, którzy przystąpili do ubezpieczenia co najmniej w wariancie PODSTAWOWYM, nie mogą przystępować Małżonkowie, Partnerzy Życiowi i Pełnoletnie Dzieci Funkcjonariuszy i Pracowników Policji.

Upoważniam pracodawcę do potrącania składek na ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

☐	☐																																				
Pan	Pani	Imię																																			
Nazwisko																																					
		-			-																																
Data urodzenia										Miejsce urodzenia										PESEL																	
Obywatelstwo	☐	Polskie	Inne																																		
Podpis partnera życiowego																																					

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1	KOWALSKA ANNA	03-05-1982 WARSZAWA	WARSZAWA, FIKCYJNA 1 00-999 WARSZAWA	1 0 0 %
2				%
3				%
4				%
5				%
6				%
Razem				1 0 0 %

- 1. Chcę zostać objęta/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 małoletnich dzieci, w tym obejmujących: przyczynę hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia, a także do przekazywania 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 upoważnam 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 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).**
- 4. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w hospicjum, placówce dla przewlekłych chorych (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).**

1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
 - 1) miażdżycza, 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 chorobowych 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.

Numer polisy
Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S

☐ DEKLARACJA ZMIANA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO

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

I Dane dotyczące ubezpieczonego

(proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

K O W A L S K I
Nazwisko ubezpieczonego
J A N
Imię ubezpieczonego
8 0 0 9 1 8 9 4 3 9 7
PESEL ubezpieczonego¹
Wybrany zakres ☒ STANDARD ☐ KOMFORT ☐ KOMFORT PLUS ☐ OPTIMUM Wybrany świadczeniodawca PZU Zdrowie SA

II Dane dotyczące współubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa ☒ mąż/żona ☐ partner życiowy ☐ dziecko

☐ Pan ☒ Pani Imię
K O W A L S K A
Nazwisko
0 3 - 0 5 - 1 9 8 2 WARSZAWA
Data urodzenia Miejsce urodzenia
8 2 0 5 0 3 3 6 4 6 5
PESEL¹
Obywatelstwo ☒ polskie ☐ inne:
Kraj stałego zamieszkania²

Adres do korespondencji

WARSZAWA
Miejscowość
FIKCYJNA
Ulica
0 0 - 9 9 9 WARSZAWA
Kod pocztowy Poczta
1
Nr domu
Nr lokalu
Telefon kontaktowy E-mail
Kraj ☒ Polska ☐ inny:

III Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenia (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Oświadczam, że:

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i w warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do 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 w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- ☐ 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.
- ☐ 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).
- ☐ 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).

7.

☐

³

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.

8.

☐

³

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.

9.

☐

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.
- 2

3

0

5

2

0

2

2

Data
- Anna Kowalska

Podpis współubezpieczonego
bądź przedstawiciela ustawowego
- Pełne nazwy spółek
- | Lp. | Skrócona nazwa spółki | Pełna nazwa spółki | Adres siedziby |
|-----|-----------------------|--|--|
| 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 | Powszechne 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 obywatelstwo jest polskie.

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

³W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).
- PZUŻ 9718/1/POLI2/2