

Numer polisy typ P Plus

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy Opieka Medyczna S

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie

nowotworu – zakres podstawowy Plus)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji Opieka Medyczna S

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

## Grupowe ubezpieczenie (P Plus, Opieka Medyczna S i pakiet dodatkowy PZU Na Życie Plus)

### I Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako ubezpieczony podstawowy:

- byłem Funkcjonariusz/Pracownik Policji\*
- dotychczas ubezpieczony/y w ramach Programu Policja pełnoletnie dziecko, małżonek/partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

### Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia, a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

\*dotychczasowy pracodawca:

- |                                                                          |                                                                              |                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Olsztynie              | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Opolu      |
| <input type="checkbox"/> Centrum Szkolenia Policji                       | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Rzeszowie              | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu   |
| <input type="checkbox"/> Komenda Główna Policji                          | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy             | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie |
| <input type="checkbox"/> Komenda Stołeczna Policji                       | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Gorzowie Wielkopolskim | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Radomiu    |
| <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji we Wrocławiu         | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Katowicach             | <input type="checkbox"/> Szkoła Policji w Katowicach             |
| <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku        | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Kielcach               | <input type="checkbox"/> Szkoła Policji w Pile                   |
| <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Gdańsku            | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Krakowie               | <input type="checkbox"/> Szkoła Policji w Słupsku                |
| <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Lublinie           | <input type="checkbox"/> Komenda Wojewódzka Policji w Łodzi                  | <input type="checkbox"/> Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie       |

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

- i** 1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami 2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach 3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

### II 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)

### III Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

**i** Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail \_\_\_\_\_ Nr telefonu \_\_\_\_\_

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr mieszkania \_\_\_\_\_

Miejscowość \_\_\_\_\_ Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_

Kraj  Polska  inny – jaki: \_\_\_\_\_



- b) W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- c) 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. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

#### Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	<input type="checkbox"/> 7. 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.
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).
Zadzwonimy 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).
Dowiedz 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.

#### Sposób dostarczenia dokumentacji i informacji o ubezpieczeniu

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Informacje o swoim ubezpieczeniu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	<input type="checkbox"/> 11. Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji i dokumentów, w tym OWU oraz dokumentu zawierającego informacje o produkcie, a także informacji, o których mowa w art. 9 ust. 1 ustawy o dystrybucji ubezpieczeń, które mają związek z wnioskowaną lub zawartą umową ubezpieczenia 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, zobowiązuję się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

#### 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	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

#### Informacje

- 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.
- PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępni serwis mojePZU. Po przystąpieniu do (umowy) grupowego ubezpieczenia ubezpieczony otrzyma jednorazowe hasło oraz login do mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Jednorazowe hasło wygasa po 3 dniach od jego otrzymania. Po wygaśnięciu jednorazowego hasła 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

#### VIII Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (zakład pracy)

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

Data

Pieczętka ubezpieczającego

Podpis i pieczętka albo czytelny podpis osoby obsługującej ubezpieczenie