

Numer polisy

Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DLA FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI 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)

Nazwisko ubezpieczonego

Imię ubezpieczonego

PESEL ubezpieczonego (uzupełnij, jeśli ubezpieczony posiada)

Wybrany zakres (współubezpieczony posiada ten sam zakres co ubezpieczony podstawowy)

☐ zakres Standard ☐ zakres Komfort ☐ zakres Komfort Plus ☐ zakres Optimum

Wybrany świadczeniodawca

PZU Zdrowie

II Dane dotyczące współubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa ☐ mąż/zona ☐ partner życiowy ☐ dziecko

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne:

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Kod pocztowy

Pocztą

Telefon kontaktowy

Kraj ☐ Polska ☐ inny:

Nr domu

Nr lokalu

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

Oświadczam, że:

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na 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.
5. ☐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).
6. ☐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).
7. ☐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 posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
8. ☐² 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 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 (PZU Życie SA).**

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.

--
Data

Podpis współubezpieczonego
bądź przedstawiciela ustawowego

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

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).