

PROGRAM POLICJA 2015



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

- GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO TYP P PLUS i ubezpieczeń dodatkowych
- GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S i ubezpieczeń dodatkowych

DLA FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

Nr polisy PPLUS Nr Deklaracji Nr polisy PPLUS Nr Deklaracji
Nr polisy PPLUS Nr Deklaracji Nr polisy OMS Nr Deklaracji

Zmiana deklaracji z powodu (w przypadku zmiany wcześniej złożonej deklaracji proszę zakreślić odpowiednie pole)

- ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA / ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZMIANY DANYCH UBEZPIECZONEGO/ WSPÓLUBEZPIECZONEGO ZMIANY UPOSAŻONYCH (unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV) ZMIANY WSKAZANIA PARTNERA ŻYCIOWEGO

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

I. Dane dotyczące ubezpieczonego (deklarację prosimy wypełnić czytelnie DRUKOWANYMI LITERAMI)

Ubezpieczony podstawowy: Funkcjonariusz Pracownik

lub Ubezpieczony bliski: Małżonek Partner życiowy Pełnoletnie dziecko

Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Obywatelstwo: polskie inne:
Kraj stałego zamieszkania²

Adres do korespondencji: -
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska inny:

Telefon kontaktowy E-mail

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

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

II. Zgoda na objęcie Programem ubezpieczenia grupowego (wybrane warianty proszę zaznaczyć znakiem X):

1. Warianty PODSTAWOWE ubezpieczenia na życie wraz z ubezpieczeniem zdrowotnym OMS w zakresie STANDARD – PAKIET INDYWIDUALNY *

I	III	VI	VIII	IX	X	XIII	XV
59,52 zł	72,95 zł	92,56 zł	105,89 zł	112,41 zł	118,93 zł	138,87 zł	151,92 zł
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* proszę wybrać jedną z wariantów PODSTAWOWYCH

2. Warianty DODATKOWEJ OCHRONY ŻYCIA**

I	II	III
<input type="checkbox"/> 8,00 zł	<input type="checkbox"/> 11,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,50 zł

** do wariantu DODATKOWEJ OCHRONY ŻYCIA mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji oraz Ich Małżonkowie, Partnerzy Życiowi i Pełnoletnie Dzieci, którzy przystąpili do ubezpieczenia na życie co najmniej w wariantcie PODSTAWOWYM

3. Wariant DODATKOWY dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji ***

14,47 zł

*** do wariantu DODATKOWEGO mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji, którzy przystąpili do ubezpieczenia na życie co najmniej w wariantcie PODSTAWOWYM, do wariantu DODATKOWEGO nie mogą przystępować Małżonkowie, Partnerzy Życiowi i Pełnoletnie Dzieci Funkcjonariuszy i Pracowników Policji

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

Pakiet	Zakresy ubezpieczenia zdrowotnego OMS			
	STANDARD	KOMFORT	KOMFORT PLUS	OPTIMUM
Indywidualny	w zakresie ubezpieczenia na życie	<input type="checkbox"/> 22,60 zł	<input type="checkbox"/> 44,00 zł	<input type="checkbox"/> 73,70 zł
Partnerski	<input type="checkbox"/> 12,15 zł	<input type="checkbox"/> 57,35 zł	<input type="checkbox"/> 100,15 zł	<input type="checkbox"/> 159,55 zł
Rodziny	<input type="checkbox"/> 24,30 zł	<input type="checkbox"/> 92,10 zł	<input type="checkbox"/> 156,30 zł	<input type="checkbox"/> 245,40 zł

III. Partner Życiowy (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony Podstawowy nie pozostaje w formalnym związku małżeńskim)

wskazując jako partnera życiowego następującą osobę

Pani Pan Nazwisko Imię

Miejsce urodzenia DD-MM-RRRRRR Data urodzenia PESEL

Obywatelstwo: polskie inne:

Podpis partnera życiowego

IV. Uposażeni (w przypadku braku 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.				___ %
2.				___ %
3.				___ %
4.				___ %
Razem				100 %

V. Współubezpieczeni Dotyczy ubezpieczenia Opieka Medyczna S.

Proszę wpisać osoby objęte ubezpieczeniem w pakiecie partnerskim (1 współubezpieczony) lub rodzinnym (2 lub więcej współubezpieczonych)

1. Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia DD-MM-RRRRRR Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa: małżonek partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: Kod pocztowy Pocztą

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: Kraj stałego zamieszkania²

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 11 i 12 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2, 4 i 10 części VI deklaracji.

- ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 8 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 9 części VI deklaracji.

DD-MM-RRRRRR Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

2. Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia DD-MM-RRRRRR Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa: małżonek partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: Kod pocztowy Pocztą

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: Kraj stałego zamieszkania²

Administratorem danych osobowych podanych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia jest PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa. Osoba, której dane dotyczą ma prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Celem przetwarzania tych danych jest przystąpienie do ubezpieczenia i wykonywanie umowy ubezpieczenia. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 11 i 12 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2, 4 i 10 części VI deklaracji.

- ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 7 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 8 części VI deklaracji.
 ³ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 9 części VI deklaracji.

DD-MM-RRRRRR Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

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

³ W przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).

⁴ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.

VII. Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego *Dotyczy funkcjonariusza lub pracownika Policji*

proszę wypełnić w przypadku gdy niniejszą deklarację przystąpienia składa określony w części I ubezpieczony bliski (małżonek/ partner życiowy /pełnoletnie dziecko) funkcjonariusza lub pracownika Policji

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego
(funkcjonariusza lub pracownika Policji)

Imię ubezpieczonego podstawowego
(funkcjonariusza lub pracownika Policji)

PESEL ubezpieczonego podstawowego
(funkcjonariusza lub pracownika Policji)

Oświadczam, że do ubezpieczenia wraz ze mną przystępuje, jako ubezpieczony bliski, mój małżonek lub partner życiowy lub pełnoletnie dziecko, którego dane podane są w części I niniejszej deklaracji. Wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat składek na ubezpieczenie ubezpieczonego bliskiego.

Data zawarcia związku małżeńskiego (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek funkcjonariusza lub pracownika Policji)

Data ukończenia przez dziecko 18 roku życia (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje dziecko funkcjonariusza lub pracownika Policji)

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego
(funkcjonariusza lub pracownika Policji)

VIII. Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego *(funkcjonariusza lub pracownika Policji)* z pracodawcą:

umowa o pracę /
służba

umowa o dzieło

umowa zlecenie

inny

Jaki?

Funkcjonariusz lub pracownik Policji przystępujący do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z pracodawcą lub ubezpieczającym od:

Data

ZWIĄZKI ZAWODOWE w POLICJI

Data

Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

IX. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

Data

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

X. Rezygnacja ubezpieczonego

Rezygnuję z ubezpieczenia na życie wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi oraz ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia:

Data

Data

Podpis ubezpieczonego

XI. Rezygnacja współubezpieczonego

Nazwisko współubezpieczonego

Imię współubezpieczonego

PESEL współubezpieczonego

Rezygnuję z ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia:

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego¹

¹ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.