

# PROGRAM POLICJA 2015 - EMERYT



## 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 BYŁYCH FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

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:

- Były Funkcjonariusz/Pracownik Policji

lub

Ubezpieczony bliski:  Małżonek  Partner życiowy  Pełnoletnie dziecko

**KOWALSKA** **ANNA**   
Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię  
**GDAŃSK** **1 0 - 1 0 - 1 9 7 7** **7 7 1 0 1 0 8 8 8 8 8**  
Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL<sup>1</sup>

Obywatelstwo:  polskie  inne:    
Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

Adres do korespondencji: **8 0 - 8 7 7** **GDAŃSK**  
Kod pocztowy Poczta

**KWIATOWA** **1** **1** **GDAŃSK**  
Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj:  Polska  inny:

**666 111 111** **KOWALSKA@WP.PL**  
Telefon kontaktowy E-mail

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

<sup>2</sup> 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
61,00 zł <input type="checkbox"/>	77,00 zł <input checked="" type="checkbox"/>	100,00 zł <input type="checkbox"/>	116,00 zł <input type="checkbox"/>

\* proszę wybrać jeden z wariantów PODSTAWOWYCH

#### 2. 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"/> 23,40 zł	<input type="checkbox"/> 45,70 zł	<input type="checkbox"/> 76,60 zł
Partnerski	<input type="checkbox"/> 12,75 zł	<input type="checkbox"/> 59,55 zł	<input type="checkbox"/> 104,15 zł	<input type="checkbox"/> 165,95 zł
Rodziny	<input type="checkbox"/> 25,50 zł	<input type="checkbox"/> 95,70 zł	<input type="checkbox"/> 162,60 zł	<input type="checkbox"/> 255,30 zł

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

Pani Pan Nazwisko Imię  
 **D D - M M - R R R R**   
Miejsce urodzenia 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.	KOWALSKA ZUZANNA	10.10.1999	80-877 GDAŃSK UL. KWIATOWA 1/1	_1_0 _0_  %
2.				_ _  %
3.				_ _  %
4.				_ _  %
<b>Razem</b>				<b>100 %</b>

**V. Współubezpieczeni** *Dotyczy ubezpieczenia Opieka Medyczna S.*

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

1.

Pani Pan Nazwisko

Miejsce urodzenia

Stoień pokrewieństwa:  małzonek  partner życiowy  dziecko

Pierwsze imię

Data urodzenia

Drugie imię

PESEL<sup>1</sup>

**Adres do korespondencji:**

Kod pocztowy

Pocza

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

**Kraj:**  Polska  Inny:

Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

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.

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

-  -

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

2.

Pani Pan Nazwisko

Miejsce urodzenia

Stoień pokrewieństwa:  małzonek  partner życiowy  dziecko

Pierwsze imię

Data urodzenia

Drugie imię

PESEL<sup>1</sup>

**Adres do korespondencji:**

Kod pocztowy

Pocza

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

**Kraj:**  Polska  Inny:

Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

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.

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

-  -

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

<sup>2</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

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

<sup>4</sup> W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.

3.          
 Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL<sup>1</sup>

Stopień pokrewieństwa:  małżonek  partner życiowy  dziecko

Adres do korespondencji:          
 Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj:  Polska  Inny:  Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

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.

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

Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

4.          
 Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL<sup>1</sup>

Stopień pokrewieństwa:  małżonek  partner życiowy  dziecko

Adres do korespondencji:          
 Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj:  Polska  Inny:  Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

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.

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

Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

## VI. Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenie ubezpieczonego (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Oświadczam, że:

1. Otrzymałam/em i zapoznałam/em się z warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie postanowień ograniczających lub wyłączających odpowiedzialność z umowy ubezpieczenia, świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składki. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia.
2. 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.
3. Dla potrzeb oceny ryzyka i ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownictwo placówek służby zdrowia oraz lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji, w tym do przekazania do PZU Życie SA kopii dokumentacji medycznej dotyczących mojego stanu zdrowia / stanu zdrowia mojego dziecka<sup>1</sup>. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez: Mentor S.A. z siedzibą w Toruniu, PWS Konstanta S.A. z siedzibą w Bielsku Białej, oraz Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 ustawy z 29-08-1997 r. o ochronie danych osobowych (t. jedn.: Dz.U.02,101,926 z późniejszymi zmianami) wyłącznie w celu związanym z realizacją i obsługą umów ubezpieczenia zawieranych za pośrednictwem ww. spółek. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
5. Wyrażam zgodę \*\*\*\* na przetwarzanie moich danych osobowych w celu oferowania oraz przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatów, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (dz.U. 02.101.926 z późniejszymi zmianami) w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie oraz Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu  
 \*\*\*\* w przypadku braku zgody należy zaznaczyć -X
6.  Wyrażam zgodę<sup>2</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>2</sup> na przetwarzanie moich danych osobowych w celach marketingowych przez PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa po zakończeniu odpowiedzialności wynikającej z ubezpieczenia.
7.  Wyrażam zgodę<sup>2</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>2</sup> na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. 2013 poz. 950).
8.  Wyrażam zgodę<sup>2</sup> /  Nie wyrażam zgody<sup>2</sup> na udostępnianie danych osobowych w celach marketingowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, których siedziba znajduje się przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA.
9. Wyrażam zgodę\* na udostępnienie moich danych osobowych następującym podmiotom: PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, PZU Centrum Operacji SA z siedzibą przy ul. Konstruktorskiej 13, 02-673 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA w celu oferowania przez te podmioty rabatów, promocji i zniżek w zakresie prowadzonej działalności.  
 \* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X
10. W celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych:
  - 1) świadczeniodawcy realizującemu procedury wynikające z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych;
  - 2) podmiotowi wykonującemu czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz PZU Życie SA, zgodnie z art. 3 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
11. W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
12. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Data

<sup>1</sup> Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko.  
<sup>2</sup> Proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody).

ANNA KOWALSKA

Podpis ubezpieczonego

## VII. Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego *Dotyczy byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji*

proszę wypełnić w przypadku gdy niniejszą deklarację przystąpienia składa określony w części I ubezpieczony bliski (małżonek/partner życiowy/pełnoletnie dziecko) byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji

**KOWALSKI**

**JAN**

**7 7 1 1 1 1 2 2 2 2 2**

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego  
(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)

Imię ubezpieczonego podstawowego  
(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)

PESEL ubezpieczonego podstawowego  
(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)

Oświadczam, że do ubezpieczenia wraz ze mną przystępuję, jako ubezpieczony bliski, mój małżonek lub partner życiowy lub pełnoletnie dziecko, którego dane podane są w części I niniejszej deklaracji.

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

**0 2 - 0 2 - 2 0 0 2**

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

**D D - M M - R R R R**

**GDAŃSK**

**0 5 - 0 3 - 2 0 1 7**

Data

**JAN KOWALSKI**

Podpis ubezpieczonego podstawowego  
(byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji)

## VIII. Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego (byłego Funkcjonariusza/Pracownika Policji) z ubezpieczającym:

Były Funkcjonariusz / Pracownik Policji

inny

Jaki?

Były Funkcjonariusz / Pracownik Policji przystępujący do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z pracodawcą lub ubezpieczającym od:

**D D - M M - R R R R**

Data

### ZWIĄZKI ZAWODOWE w POLICJI

**D D - M M - R R R R**

Data

Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

## IX. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

**D D - M M - R R R R**

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:

**D D - M M - R R R R**

Data

**D D - M M - R R R R**

Data

Podpis ubezpieczonego

## XI. Rezygnacja współubezpieczonego

Nazwisko współubezpieczonego

Imię współubezpieczonego

PESEL współubezpieczonego

Rezygnuję z ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia:

**D D - M M - R R R R**

**D D - M M - R R R R**

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>1</sup>

<sup>1</sup> W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.