Numer polisy typ P Plus

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

* 9 C 2 1 0 1 P O L E 0 1 *

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:

- ☐ były Funkcjonariusz/Pracownik Policji*
- ☐ dotychczas ubezpieczone/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:

- ☐ Centralne Laboratorium Kryminalistyczne Policji
- ☐ Centrum Szkolenia Policji
- ☐ Komenda Główna Policji
- ☐ Komenda Stołeczna Policji
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji we Wrocławiu
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Białymstoku
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Gdańsku
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Lublinie
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Olsztynie
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Rzeszowie
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Bydgoszczy
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Gorzowie Wielkopolskim
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Katowicach
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Kielcach
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Krakowie
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Łodzi
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Opolu
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Poznaniu
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Szczecinie
- ☐ Komenda Wojewódzka Policji w Radomiu
- ☐ Szkoła Policji w Katowicach
- ☐ Szkoła Policji w Pile
- ☐ Szkoła Policji w Słupsku
- ☐ Wyższa Szkoła Policji w Szczytnie

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

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

(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia – –

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia

(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie:

Kraj stałego zamieszkania

(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

III Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

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:

IV Wariant ubezpieczenia

Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie.

1. Ubezpieczenie typ P Plus wraz z ubezpieczeniem Opieka Medyczna S w zakresie Standard (pakiet indywidualny) i pakietem dodatkowym PZU Na Życie Plus - Wsparcie w razie nowotworu zakres podstawowy Plus

wariant 1	wariant 2	wariant 3	wariant 4	wariant 5	wariant 6	wariant 7	wariant 8
☐ 91,40 zł	☐ 98,20 zł	☐ 105,20 zł	☐ 112,00 zł	☐ 119,00 zł	☐ 126,00 zł	☐ 132,70 zł	☐ 139,80 zł

2. Warianty rozszerzające ubezpieczenie Opieka Medyczna S

Pakiet	Zakres Standard	Zakres Komfort	Zakres Komfort Plus	Zakres Optimum
Indywidualny	w zakresie wariantu wskazanego w pkt 1	☐ 23,40 zł	☐ 45,70 zł	☐ 76,60 zł
Partnerski	☐ 12,75 zł	☐ 59,55 zł	☐ 104,15 zł	☐ 165,95 zł
Rodzinny	☐ 25,50 zł	☐ 95,70 zł	☐ 162,60 zł	☐ 255,30 zł

V Uposażeni

Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1					☐☐☐ %
2					☐☐ %
3					☐☐ %

RAZEM 100%

VI Dane partnera życiowego

Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

(uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

Data urodzenia ☐☐–☐☐–☐☐☐☐

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____

(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____

VII Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczenia i zgody, których potrzebujemy, aby Cię ubezpieczyć

1A. Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus, grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S)**.**

1B. Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Ponadto oświadczam, że jest mi znana treść zmiany wariantu ubezpieczenia, która nastąpi w dniu rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przeze mnie wieku określonego w danym wariancie ubezpieczenia, akceptuję zmianę wariantu ubezpieczenia po ukończeniu wskazanego wieku zgodnie z treścią oferty zaakceptowanej przez ubezpieczającego, którą otrzymałam/em przed przystąpieniem do ubezpieczenia (oświadczenie dotyczy osób przystępujących do pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu – zakres podstawowy Plus)**.**

2. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także 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 dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia 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 przewlekle chorych.**

5. **Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO (przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych i pakietów dodatkowych PZU Na Życie Plus), którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:**
   1) **nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA, albo**
   2) **byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo**
   3) **byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony.**

   (proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).

   Oświadczam, że:

   a) **Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:**
   - **miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,**
   - **przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,**
   - **przewlekła obturacyjna choroba płuc,**
   - **przewlekła niewydolność nerek,**
   - **alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,**
   - **cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,**

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 zapoznałam/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:

Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.

Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

Zadzwonimy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.

Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.

Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

☐ **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.

☐ **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).

☐ **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).

☐ **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:

Informacje o swoim ubezpieczeniu otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.

Wstaw **X** w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.

☐ **11.** Wyrażam zgodę na przesyłanie 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.

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

1. 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.

2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową ubezpieczenia udostępnia 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 Pieczątka ubezpieczającego Podpis i pieczątka albo czytelny podpis osoby obsługującej ubezpieczenie