

Numer polisy P Plus

Numer deklaracji P Plus



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

☐ DEKLARACJA ZMIANY

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

I Dane dotyczące ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

ubezpieczony podstawowy (np. były żołnierz zawodowy) ☐

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL¹
Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ Inne
Kraj stałego zamieszkania²

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica
Kod pocztowy Poczta
Telefon kontaktowy
Kraj ☐ Polska ☐ Inny (nazwa)
Nr domu
Nr lokalu
E-mail

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

Oferta EMERYT³

WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
☐ 38,45 zł	☐ 43,60 zł	☐ 53,80 zł

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

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL
Obywatelstwo ☐ Polskie ☐ Inne
Podpis partnera życiowego

¹Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie. ²Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. ³Do Oferty Wariantu EMERYT mogą przystąpić wyłącznie byli żołnierze zawodowi i byli pracownicy cywilni jednostki MON oraz ich współmałżonkowie i pełnoletnie dzieci.

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1				%
2				%
3				%
Razem				1 0 0 %

Oświadczam, że:

1. ☐ Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. ☐ Zgadzam się na założenie przez PZU Życie SA dedykowanego konta elektronicznego (trwały nośnik), na które mogę otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz mogę zawierać lub przystępować do innych umów ubezpieczenia. Zapoznałem/em się z Regulaminem świadczenia usług droga elektroniczną i akceptuję jego treść. Zgadzam się na otrzymywanie powiadomień o zmianach zawartości konta za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail).
3. ☐ Zgadzam się na przysyłanie informacji (w tym dokumentów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń), które mają związek z moimi ubezpieczeniami w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail). Zobowiązuję się niezwłocznie uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
4. ☐ Zgadzam się na udostępnienie w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania moich danych osobowych.
5. ☐ Zgadzam się na przysyłanie informacji handlowych przez PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).
6. ☐ Zgadzam się na to, że PZU Życie SA, PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA będą używać telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne).
7. ☐ Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
8. ☐ Upoważniam kierownika wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci², w tym dotyczących: przyczyn hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wyników badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyników leczenia i rokowań, a także do przekazywania 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. Upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oraz upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
9. ☐ W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim³, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu. Oświadczenie nie dotyczy grupowego ubezpieczenia lekowego PZU Opieka Medyczna. **(UWAGA! Oświadczenie dotyczy osób, które nie spełniają warunku określonego w § 15 ust. 3 Umowy Ramowej Programu Ubezpieczeniowego MON 2016).**
10. ☐ Oświadczenia oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie PZU Życie SA. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Dane przetwarzane będą w celach obsługowych, analitycznych, dochodzenia roszczeń oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do ubezpieczenia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa

Data _____ Podpis ubezpieczonego _____

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat składek na ubezpieczenie ubezpieczonego bliskiego, wskazanego w sekcji I.

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia)

Data ukończenia przez dziecko 18 roku życia (proszę wypełnić na deklaracji dziecka, gdy przystępuje ono do ubezpieczenia)

Data _____ Podpis ubezpieczonego podstawowego _____

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny _____
Jaki?

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od DD-MM-RRRRR⁷

D D M M R R R R Data Uwagi dodatkowe	Pieczęć ubezpieczającego	Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie
---	--	---

⁴W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ⁵Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń na wypadek: utraty zdrowia przez dziecko, śmierci dziecka, śmierci dziecka spowodowanej nieszczerliwym wypadkiem. ⁶W części dotyczącej przebywania na zwolnieniu lekarskim oświadczenie nie dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opiekia Medyczna S. ⁷Dotyczy ubezpieczonych podstawowego, jeżeli deklaracje składa ubezpieczony bliski.