

Numer polisy P Plus

Numer deklaracji P Plus

Numer polisy P Plus (DOŻ)

Numer deklaracji P Plus (DOŻ)

Numer polisy P Plus (wariant dodatkowy)

Numer deklaracji P Plus (wariant dodatkowy)

Numer polisy Pakiet Onkologiczny

Numer deklaracji Pakiet Onkologiczny



\* 9 2 7 8 0 5 P O L I O 1 \*

Numer polisy OMS

Numer deklaracji OMS

Numer polisy P Plus (Pakiet Pracownik)

Numer deklaracji P Plus (Pakiet Pracownik)

Numer polisy Pakiet Onkologiczny

Numer deklaracji Pakiet Onkologiczny

Numer polisy Ochrona dla Dziecka

Numer deklaracji Ochrona dla Dziecka

Numer polisy PZU W Razie Wypadku (Pakiet Wypadkowy)

Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku (Pakiet Wypadkowy)



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA DLA FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

### 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)

Przystępuję jako ubezpieczony podstawowy:  Funkcjonariusz  Pracownik cywilny

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

Pan  Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo  Polskie  Inne

Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>

### Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj  Polska  Inny (nazwa)

### II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki (wybrane warianty proszę zaznaczyć znakiem X):

1. Warianty PODSTAWOWE ubezpieczenia typ P Plus wraz z ubezpieczeniem zdrowotnym OMS w zakresie STANDARD – PAKIET INDYWIDUALNY (proszę wybrać jeden wariant)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
69,60 zł	77,60 zł	85,60 zł	93,50 zł	101,50 zł	109,40 zł	117,20 zł	125,30 zł	133,30 zł	141,30 zł	149,10 zł	157,10 zł	165,10 zł	173,10 zł	181,10 zł	139,20 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Zakresy ubezpieczenia zdrowotnego OMS

Pakiet	STANDARD	KOMFORT	KOMFORT PLUS	OPTIMUM
Indywidualny	w zakresie wariantu PODSTAWOWEGO	<input type="checkbox"/> 23,90 zł	<input type="checkbox"/> 44,60 zł	<input type="checkbox"/> 73,70 zł
Partnerski	<input type="checkbox"/> 12,15 zł	<input type="checkbox"/> 59,95 zł	<input type="checkbox"/> 101,35 zł	<input type="checkbox"/> 159,55 zł
Rodzinny	<input type="checkbox"/> 24,30 zł	<input type="checkbox"/> 96,00 zł	<input type="checkbox"/> 158,10 zł	<input type="checkbox"/> 245,40 zł

3. Dodatkowej Ochrony Życia\*

1	2	3
8,00 zł	11,00 zł	15,50 zł
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wariant dodatkowy\*\*

1
14,47 zł
<input type="checkbox"/>



6.  <sup>2</sup> 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.
7.  <sup>2</sup> 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).
8.  <sup>2</sup> 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).
9.  <sup>2</sup> 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.

10.  <sup>2</sup> Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem 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, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
11. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.**

**W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można 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. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.**

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Data (dd-mm-rrrr)

\_\_\_\_\_  
Podpis osoby przystępującej

## VI Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego – proszę wypełnić w przypadku gdy niniejszą deklarację przystąpienia składa wskazany w części I ubezpieczony bliski (małżonek/partner życiowy/pełnoletnie dziecko Funkcjonariusza lub Pracownika Policji)

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

DD-MM-RRRR

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Imię ubezpieczonego podstawowego

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że do ubezpieczenia wraz ze mną przystępuje, jako ubezpieczony bliski, mój małżonek/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.

DD-MM-RRRR

Data

\_\_\_\_\_  
Podpis ubezpieczonego podstawowego  
(tylko na deklaracji ubezpieczonego bliskiego)

## VII Wypełnia ubezpieczający

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 DD-MM-RRRR<sup>3</sup>

DD-MM-RRRR

Data

**Związki Zawodowe w Policji**

Pieczęć ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
Pieczęć i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

### Pełne nazwy spółek

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	Powszechny 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
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

<sup>1</sup>Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. <sup>2</sup>W przypadku zgody proszę wstawić X w pole  (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). <sup>3</sup>Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.