

Wzór wypełniania deklaracji dla małżonka lub partnera życiowego oraz pełnoletniego dziecka funkcjonariusza lub pracownika Policji.

* Wypełnia Zakład Pracy (numer polisy jest niezbędny, aby zidentyfikować deklarację).

I 0 1 *



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

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

Proszę nie zaznaczać tego pola.

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)

Zaznacz odpowiedni kwadrat i wpisz swoje dane.

Przystępuję jako ubezpieczony podstawowy:

Funkcjonariusz

Pracownik cywilny

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

Pan Pani Imię

Wprowadzone dane nie mogą wychodzić poza obręb kratki.

Imię i nazwisko jest niezbędne.

Nazwisko

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

miasto stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Numer PESEL jest niezbędny, aby zidentyfikować deklarację.

Miejscowość

Adres do korespondencji jest niezbędny.

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):

Wstaw X przy wybranym wariantcie.

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)

Wybierz jeden z wariantów podstawowych.

Zakresy ubezpieczenia zdrowotnego OMS

Pakiet	STANDARD	KOMFORT	KOMFORT PLUS	OPTIMUM
Indywidualny	w zakresie wariantu PODSTAWOWEGO	<input type="checkbox"/> 32,00 zł	<input type="checkbox"/> 44,60 zł	<input type="checkbox"/> 73,70 zł
Partnerski	<input type="checkbox"/> 12,15 zł	<input type="checkbox"/> 22,00 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

Możesz rozszerzyć opiekę medyczną o inny niż standardowy zakres.

3. Dodatkowej Ochrony Życia*

Możesz rozszerzyć ubezpieczenie o wariant 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**

Wariant dodatkowy tylko dla Pracowników i Funkcjonariuszy Policji.

1
14,47 zł
<input type="checkbox"/>

5. Pakiet Pracownik**

1
<input type="checkbox"/> 18,00 zł

7. Pakiet Ochrona dla Dziecka**

1	2	3
<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł

8. Ubezpieczenie Pakiet Wypadkowy

1	2
<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł

6. Pakiet Onkologiczny* (możliwość przystąpienia do obu wariantów – w przypadku zaznaczenia Wariantu 1 oraz Wariantu 2 wysokości świadczeń skumulują się)

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia	
	Wariant 1 <input type="checkbox"/> 12,00 zł	Wariant 2 <input type="checkbox"/> 17,00 zł
Śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariantcie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego: • ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia • ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia • ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia	25 000 zł 10 000 zł 3 000 zł	41 000 zł 17 000 zł 5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	600 zł	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	3 000 zł	5 000 zł

* Do Dodatkowej Ochrony Życia, Pakietu Onkologicznego mogą przystąpić Funkcjonariusze i Pracownicy Policji oraz ich Małżonkowie, Partnerzy Życiowi i Pełnoletnie Dzieci, którzy przystąpiłi do ubezpieczenia co najmniej w wariantcie PODSTAWOWYM.

Pakiety Pracownik i Ochrona dla Dziecka są tylko dla Pracowników i Funkcjonariuszy Policji.

Możesz rozszerzyć ubezpieczenie o Pakiet wypadkowy i Onkologiczny. W przypadku Pakietu Onkologicznego można wybrać oba warianty.

Funkcjonariusze i Pracownicy Policji, którzy przystąpili do ubezpieczenia co najmniej wariantcie PODSTAWOWYM, Dzieci Funkcjonariuszy i Pracowników Policji.

akcje lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie

III Partner życiowy (wskazując jako partnera życiowego następującą osobę) – osoba nie będąca w formalnym związku małżeńskim, pozostała w formalnym związku małżeńskim – we wspólnym pożyciu; partner życiowy nie może być spokrewniony z ubezpieczonym.

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia -- Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Podpis partnera życiowego

To pole uzupełnia: – pełnoletnie dziecko pracownika, jeśli chce wskazać swojego partnera życiowego.

Pola nie uzupełnia małżonek lub partner życiowy pracownika.

Na deklaracji pełnoletniego dziecka, tylko jeśli wskaże w swojej deklaracji partnera życiowego to w tej sekcji podpisuje się jego partner życiowy.

IV Uposażeni (w przypadku nie 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				<input type="text"/> %
2				<input type="text"/> %
3				<input type="text"/> %
4				<input type="text"/> %
5				<input type="text"/> %
6				<input type="text"/> %
Razem				1 0 0 %

Podaj dane osób, które chcesz uposażać.

V Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania PZU Życie SA informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci, w tym obejmujących: przyczyny hospitalizacji (z wyłączeniem badań i leczenia), a także do przekazania informacji o przebiegu choroby, przyczynach hospitalizacji i przyczynie śmierci. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem i wysokość świadczenia lub przyczynę śmierci. W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania do PZU Życie SA nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
- 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 stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU, nie dotyczy osób, które bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia wskazanego w sekcji II w pkt 1, 3–5 były objęte innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA lub innym zakładzie ubezpieczeń).
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w hospicjum, placówce dla przewlekłe chorych (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).

Oznacz w check boxach oświadczenia, na które wyrażasz zgodę.

- Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P Plus o kodzie PTGP34 oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy. (Proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).
Oświadczam, że:
1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
1) miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
2) przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
3) przewlekła obturacyjna choroba płuc;
4) przewlekła niewydolność nerek;
5) alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki;
6) cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.
2. W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.
3. 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. ² 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. ² 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. ² 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. ² 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 posiadał ubezpieczenia w tej firmie.

10. ² 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, zobowiązuję się uaktualnić 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)

Złożenie podpisu jest niezbędne.
Podpis musi być złożony w obrębie pola.

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) - -

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

Imię ubezpieczonego podstawowego

PESEL ubezpieczonego podstawowego

Te pola wypełnia pracownik tylko na deklaracji małżonka, partnera życiowego lub pełnoletniego dziecka.

przystępuje, jako ubezpieczony bliski, mój małżonek/partner życiowy lub pełnoletnie dziecko, a potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub innych wy-

Złożenie podpisu pracownika lub funkcjonariusza Policji jest niezbędne. _____

- -

Data

Wpisz datę.

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 - -

Pole wypełnia zakład pracy.

- -

Data

Związki Zawodowe w Policji

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka 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	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
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

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