

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

Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Obywatelstwo: polskie inne:
Kraj stałego zamieszkania²

Adres do korespondencji: -
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska inny:

Telefon kontaktowy E-mail

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

² 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	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
61,00 zł <input type="checkbox"/>	69,00 zł <input type="checkbox"/>	77,00 zł <input type="checkbox"/>	85,00 zł <input type="checkbox"/>	92,00 zł <input type="checkbox"/>	100,00 zł <input type="checkbox"/>	108,00 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

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.				____ %
2.				____ %
3.				____ %
4.				____ %
Razem				100 %

V. Współubezpieczeni *Dotyczy ubezpieczenia Opieka Medyczna S.*

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

1. _____
 Pani Pan Nazwisko

_____ Pierwsze imię _____ Drugie imię

 Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa: małżonek partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: _____

 Kod pocztowy Poczta

 Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: _____ Kraj stałego zamieszkania² _____

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.

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

 Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

2. _____
 Pani Pan Nazwisko

_____ Pierwsze imię _____ Drugie imię

 Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stopień pokrewieństwa: małżonek partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: _____

 Kod pocztowy Poczta

 Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: _____ Kraj stałego zamieszkania² _____

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.

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

 Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

¹ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

² Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

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

⁴ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.

3.
Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

-
Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stoień pokrewieństwa: małżonek partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: -
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: Kraj stałego zamieszkania²

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.

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

-
Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

4.
Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

-
Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL¹

Stoień pokrewieństwa: małżonek partner życiowy dziecko

Adres do korespondencji: -
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska Inny: Kraj stałego zamieszkania²

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.

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

-
Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴

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

Oświadczam, że:

- 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.
- 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.
- 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 dziecka¹. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- 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 Białym, 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.
- 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
- Wyrażam zgodę² / Nie wyrażam zgody² 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.
- Wyrażam zgodę² / Nie wyrażam zgody² 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).
- Wyrażam zgodę² / Nie wyrażam zgody² 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.
- 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
- 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.
- W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłych chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

-

Data

¹ Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek utraty zdrowia przez dziecko.

² Proszę zaznaczyć właściwie (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody).

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

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 przystępuje, 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)

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

Data

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:

Data

ZWIĄZKI ZAWODOWE w POLICJI

Data

Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

IX. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

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:

Data

Data

Podpis ubezpieczonego

XI. Rezygnacja współubezpieczonego

Nazwisko współubezpieczonego

Imię współubezpieczonego

PESEL współubezpieczonego

Rezygnuję z ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia:

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego¹

¹ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.