



Program „SEiRP2019” Ubezpieczenie grupowe dla Członków Stowarzyszenia Emerytów i Rencistów Policijnych

W celu przystąpienia do ubezpieczenia należy dopełnić poniższych formalności w terminie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej.

Przykładowo w celu przystąpienia do ubezpieczenia od 1 kwietnia 2019 formalności należy dopełnić w nieprzekraczalnym terminie do dnia 25 marca 2019.

W celu przystąpienia do ubezpieczenia należy:

1. Czytelnie wypełnić i podpisać deklarację przystąpienia.

WYPEŁNIANIE DEKLARACJI – w prawym górnym rogu, obok logo PZU należy wpisać Zarząd Wojewódzki/Okręgowy SEiRP do którego Państwo należycie

PUNKT I, należy wpisać swoje dane osobowe wraz z numerem telefonu oraz adresem e-mail.

PUNKT II – pierwszy prostokąt, składka łączna za ubezpieczenie P Plus, PZU w Razie Wypadku i Lekowe – wpisujecie Państwo składkę dotyczącą wybranego wariantu ubezpieczenia

PUNKT III i IV – nie wypełniamy

PUNKT V – należy wpisać osobę uposażoną (uprawnioną do odbioru świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego)

PUNKT VI – należy zaznaczyć x w oświadczeniach 9-15 na które wyrażacie Państwo zgodę, następnie datę bieżącą i PODPIS OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

PUNKT VII – tylko na deklaracji członka rodziny; ten punkt wypełnia i podpisuje główny ubezpieczony na deklaracji członka rodziny

2. Opłacić składkę na nowy numer rachunku bankowego, odpowiedni do wybranego zakresu:

Numer rachunku bankowego wariant I 68 1600 1462 1022 7302 4000 0004 składka 79,33 zł tytuł wpłaty Polisa 713948549

Numer rachunku bankowego wariant II 41 1600 1462 1022 7302 4000 0005, składka 95,33 zł tytuł wpłaty Polisa 713948552

Numer rachunku bankowego wariant III 14 1600 1462 1022 7302 4000 0006, składka 103,33zł tytuł wpłaty Polisa 713948565

Numer rachunku bankowego wariant IV 84 1600 1462 1022 7302 4000 0007, składka 63,88 zł tytuł wpłaty Polisa 713948578

Odbiorcą, właścicielem rachunku bankowego jest Zarząd Główny SEiRP, Warszawa ul. Domaniewska 36/38

3. Składkę należy opłacić najpóźniej do dnia 25 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej (jest to składka płacona „z góry” na następny miesiąc).

4. Podpisane i wypełnione deklaracje przystąpienia wraz z kopią legitymacji SEiRP należy odesłać w terminie do 25 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej na adres:

**PZU Życie SA Oddział w Krakowie
31-133 Kraków; ul. Dunajewskiego 3
koniecznie z dopiskiem „p. Monika Tomczyk”**

W przypadku dodatkowych pytań prosimy o kontakt:

Obsługa ubezpieczenia, Katarzyna Kowal: 579 826 755; e-mail:seirp2019@outlook.com

Starszy Menadżer ds. Sprzedaży Korporacyjnej, Tomczyk Monika: 662 167 334

Niniejsza propozycja nie stanowi oferty w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego i może zawierać uogólnienia. Szczegółowe zasady warunków ubezpieczenia, w szczególności dotyczące definicji zdarzeń objętych ochroną, zakresu odpowiedzialności, wypłaty świadczeń określają ogólne warunki ubezpieczenia. Obowiązujące w umowie ubezpieczenia ogólne warunki ubezpieczenia: PTGP34, NWGP30, SMGP30, ZRGP30, ZDGP30, UDGP30, UDGP30, ODGP30, TUGP30, PKGP50, PKGP50, WKGP32, ZZGP32, ZMGP31, TZGP32, CCGP33, MCGP32, LSGP32, LPGP31, LCGP32, OPGP32, KZGP32, ZOGP40, ULGP40, ZUGP32, PWGP32, dostępne są na stronie www.pzu.pl oraz na każde Państwa życzenie drogą e-mail lub pocztą tradycyjną oraz na stronie internetowej ZG SEiRP.

ZAKRES UBEZPIECZENIA* *Kwota świadczenia jest skumulowaną wysokością świadczeń wynikających z OWU wypłacaną w przypadku zajścia danego zdarzenia	WARIANT I dla głównego ubezpieczonego Polisa 713948549	WARIANT II dla głównego ubezpieczonego Polisa 713948552	WARIANT III dla głównego ubezpieczonego Polisa 713948565	WARIANT IV dla współmałżonków i pełnoletnich dzieci Polisa 713948578
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy z udziałem samochodu ciężarowego w porze nocnej	296 100,00	320 100,00	332 100,00	270 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy w porze nocnej	246 100,00	270 100,00	282 100,00	220 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy z udziałem samochodu ciężarowego	246 100,00	270 100,00	282 100,00	220 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego z udziałem samochodu ciężarowego w porze nocnej	246 100,00	270 100,00	282 100,00	220 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego w porze nocnej	196 100,00	220 100,00	232 100,00	170 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego w pracy	196 100,00	220 100,00	232 100,00	170 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego z udziałem samochodu ciężarowego	148 100,00	160 100,00	166 100,00	135 100,00
śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego	146 100,00	170 100,00	182 100,00	120 100,00
śmierć w wyniku pożaru albo zatrucia tlenkiem węgla	98 100,00	110 100,00	116 100,00	85 100,00
śmierć w wyniku utonięcia	98 100,00	110 100,00	116 100,00	85 100,00
śmierć w wyniku wybuchu gazu	98 100,00	110 100,00	116 100,00	85 100,00
śmierć w wyniku porażenia prądem albo uderzenia pioruna	98 100,00	110 100,00	116 100,00	85 100,00
Śmierć w wyniku uprawiania sportu	98 100,00	110 100,00	116 100,00	85 100,00
śmierć w wyniku uprawiania niebezpiecznego sportu	148 100,00	160 100,00	166 100,00	135 100,00
śmierć w wyniku uprawiania sportu na kółkach	148 100,00	160 100,00	166 100,00	135 100,00
śmierć w wyniku uprawiania narciarstwa albo snowboardingu	198 100,00	210 100,00	216 100,00	185 100,00
śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	48 100,00	60 100,00	66 100,00	35 100,00
śmierć w wyniku zawału serca lub krwotoku śródmózgowego	48 100,00	60 100,00	66 100,00	15 100,00
śmierć naturalna	24 100,00	30 100,00	33 100,00	15 100,00
Świadczenie dla dziecka do 25 r.ż. – osierocenie	3 200,00	4 000,00	4 400,00	2 500,00
śmierć małżonka spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	70 000,00	75 000,00	77 500,00	63 000,00
śmierć małżonka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	20 000,00	25 000,00	27 500,00	13 000,00
śmierć małżonka naturalna	8 000,00	10 000,00	11 000,00	6 500,00
śmierć dziecka do 25 r.ż.	2 400,00	3 000,00	3 300,00	2 000,00
śmierć rodziców	1 600,00	2 000,00	2 200,00	1 200,00
śmierć rodziców małżonka	1 600,00	2 000,00	2 200,00	1 200,00
urodzenie dziecka	800	1 000,00	1 100,00	600
urodzenie martwego dziecka	1 600,00	2 000,00	2 200,00	1 200,00
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 100%	32 000,00	40 000,00	44 000,00	24 000,00
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem – 1%	320	400	440	240
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym – 100%	32 000,00	40 000,00	44 000,00	-
trwały uszczerbek na zdrowiu spowodowany zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym – 1%	320	400	440	-
wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego zakres rozszerzony	4 000,00	5 000,00	5 500,00	3 300,00
wystąpienie ciężkiej choroby małżonka ubezpieczonego zakres podstawowy	2 000,00	2 500,00	3 000,00	2 000,00
operacja chirurgiczna				
- I klasa	4 000,00	4 000,00	4 000,00	4 000,00
- II klasa	2 000,00	2 000,00	2 000,00	2 000,00
- III klasa	1 200,00	1 200,00	1 200,00	1 200,00
- IV klasa	400,00	400,00	400,00	400,00
- V klasa	200,00	200,00	200,00	200,00
leczenie szpitalne - minimum 4-dniowy pobyt w szpitalu, świadczenie za 1 dzień pobytu w szpitalu spowodowanego:				
wypadkiem komunikacyjnym od 1 do 14 dnia/powyżej 14 dnia	180,00/40	225/50	247,5/55	90/30
wypadkiem przy pracy od 1 do 14 dnia/powyżej 14 dnia	120,00/40	150/50	165/55	60/30
zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym od 1 do 14 dnia/pow.14 dnia	120,00/40	150/50	165/55	120/30
nieszczęśliwym wypadkiem od 1 do 14 dnia/powyżej 14 dnia	100,00/40	125/50	137,5/55	60/30
chorobą	40	50	55	30
jednorazowe świadczenie z tytułu min 48 godzinowego pobytu na OIT	400	500	550	300
rekonwalescencja – za każdy dzień rekonwalescencji maksymalnie za 30 dni zwolnienia lekarskiego po minimum 14 dniowym pobycie w szpitalu	20	25	27,5	15
leczenie specjalistyczne (chemioterapia lub radioterapia, terapia interferonem, wszczepienie kardiowertera/defibrylatora, wszczepienie rozrusznika serca, ablacja)	6 000,00	6 000,00	6 000,00	4 000,00
uszkodzenie ciała ubezpieczonego:				
ciężkie oparzenie	10 000,00	10 000,00	10 000,00	10 000,00
trwałe inwalidztwo, spowodowane: wypadkiem komunikacyjnym; pożarem; wybuchem gazu; porażeniem prądem albo uderzeniem pioruna				
złamanie kości, spowodowane: uprawianiem sportu na kółkach; uprawianiem joggingu; grą w piłkę				
Ubezpieczenie Lekowe Cztery Pory Roku (ubezpieczenie lekowe zaczyna działać 1 miesiąc później w stosunku do pozostałej części ubezpieczenia).				
1) zniżka na zakup ubezpieczeń komunikacyjnych PZU SA: PZU AUTO; PZU Auto AC; PZU Auto NNW Max; – PZU Auto OC 2) zniżka na zakup ubezpieczeń majątkowych PZU SA: PZU Dom; PZU Wojazer; PZU Gospodarstwo Rolne; PZU NNW	10%	10%	10%	10%
Medyczny Ekspert Domowy	Tak	Tak	Tak	Tak
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBE	79,33 zł	95,33 zł	103,33 zł	63,88 zł

UZUPEŁNIENIE

Wypełnienie „*Deklaracji*” przystąpienia do ubezpieczenia jest proste. Musisz tylko trzymać się wskazówek, zawartych powyżej. Dodatkowo, Pani Monika TOMCZYK, która w PZU Życie prowadzi program „SEiRP 2019”, przekazała następujące uwagi:

- Przystąpienie do programu „SEiRP 2019” **nie anuluje/rozwiązuje** umów indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia pracowniczego, typu „P Plus”. Jeśli masz takie ubezpieczenie, umowę wypowiedzieć musisz samodzielnie, pisemnie, w miejscowym Oddziale PZU. W wypowiedzeniu umowy podaj numer **nowej** polisy, czyli wariantu ubezpieczenia, który wybrałeś, na przykład 713948552. W ten sposób zachowasz ciągłość ubezpieczenia
- Dopuszczalne jest przesłanie dwóch „*Deklaracji*” (na przykład członka Stowarzyszenia i jego żony) w jednej przesyłce.
- Nikt nie jest doskonały, więc mimo dołożenia starań, „*Deklaracja*” może zawierać błędy lub pomijać niektóre, niezbędne dane. W takim przypadku PZU Życie skontaktuje się z Tobą. Dlatego ważne jest, żeby w „*Deklaracji*” podać adres e-mail, a przede wszystkim numer telefonu.
- Co do samej „*Deklaracji*”, jeśli w punkcie V (*Uposażeni*) wskażesz dwie osoby, musisz „rozdzielić” między nie % świadczenia, na przykład 50%-50%, 70%-30% lub 40%-60%. Nie może być na przykład 50%-40% czy 25%-30%. Suma **zawsze** musi wynosić 100%.
- W punkcie VI, **nie jest obowiązkowe** zaznaczanie zgód marketingowych w pozycjach 9-15. Brak takich zgód nie jest przeszkodą w zawarciu umowy.

I rzecz najważniejsza; przed wydrukowaniem „*Deklaracji*” przeczytaj kilka razy to, co wpisałeś, popraw zauważone błędy, uzupełnij brakujące dane. Oszczędzisz papier i tusz.

O zamiarze przystąpienia do programu „SEiRP 2019” poinformuj naszą Panią Skarbnik, Olę ROSICKĄ, która prowadzi ewidencję ubezpieczeniową naszego Koła.

Poniżej zamieszczamy przykładowe, wypełnione „*Deklaracje*”.



Numer polisy typ P Plus
 Numer deklaracji typ P Plus
 Numer polisy PZU W RAZIE WYPADKU
 Numer deklaracji PZU W RAZIE WYPADKU


 * 9 2 8 8 0 4 W R P L 0 1 *
 Numer polisy lekowej
 Numer deklaracji lekowej

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

Stowarzyszenie Emerytów i Rencistów Policyjnych, Koło nr 3 w Tychach (dalej Klub)
 Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu, na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:

Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332
 a
 PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

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 (np. pracownik)

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

J a n
 Pan Pani Imię

K O W A L S K I
 Nazwisko

0 1 - 0 2 - 1 9 5 0 Tychy 5 0 0 2 0 1 1 2 3 4 5
 Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne Polska
 Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Tychy
 Miejscowość
 ul. Pocztowa 4 5 7 7
 Ulica Nr domu Nr lokalu
 4 3 - 1 0 0 Tychy
 Kod pocztowy Poczta
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 j.kowalski@cjc.com
 Telefon kontaktowy E-mail
 Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

Składka łączna za ubezpieczenie P Plus, PZU W RAZIE WYPADKU i Lekowe 79,33 zł
 zł (grupowe ubezpieczenie typ P Plus) zł (grupowe ubezpieczenie PZU W RAZIE WYPADKU)

Grupowe ubezpieczenie lekowe PZU Opieka Medyczna

Składka (życie) zł Suma ubezpieczenia (życie) zł
 Składka (zdrowie) zł Suma ubezpieczenia (zdrowie) zł
 Warunki ubezpieczenia: kod zakresu leków % współpłacenia % kwota ochrony dodatkowej zł

III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pan Pani Imię
 Nazwisko
 Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL
 Obywatelstwo Polskie Inne
 Podpis partnera życiowego

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

Przykładowa „Deklaracja” żony

Numer polisy typ P Plus
 Numer deklaracji typ P Plus
 Numer polisy PZU W RAZIE WYPADKU
 Numer deklaracji PZU W RAZIE WYPADKU



* 9 2 8 8 0 4 W R P L 0 1 *

Numer polisy lekowej
 Numer deklaracji lekowej



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

(dalej Klub)
 Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu, na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:

Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332
a
PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

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 (np. pracownik)
 ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

J a n i n a
 Pan Pani Imię
K O W A L S K A
 Nazwisko

 Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL
Obywatelstwo Polskie Inne
 Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

 Ulica Nr domu Nr lokalu

 Kod pocztowy Poczta

 Telefon kontaktowy E-mail
 Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

Składka łączna za ubezpieczenie P Plus, PZU W RAZIE WYPADKU i Lekowe zł
 zł (grupowe ubezpieczenie typ P Plus) zł (grupowe ubezpieczenie PZU W RAZIE WYPADKU)

Grupowe ubezpieczenie lekowe PZU Opieka Medyczna

Składka (życie) zł Suma ubezpieczenia (życie) zł
 Składka (zdrowie) zł Suma ubezpieczenia (zdrowie) zł
 Warunki ubezpieczenia: kod zakresu leków % współpłacenia % kwota ochrony dodatkowej zł

III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pan Pani Imię

 Nazwisko

 Data urodzenia Miejsce urodzenia PESEL
Obywatelstwo Polskie Inne
 Podpis partnera życiowego

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)
 Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

V 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	KOWALSKI Jan	1.02.1950 r., Katowice	43-100 Tychy, ul/ Pocztowa 45/77	1 0 0 %
2				%
Razem				1 0 0 %

VI Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

- Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
- Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- Zgadzam się* na założenie przez PZU Życie SA dedykowanego konta elektronicznego (trwały nośnik), na które mogę otrzymywać dokumenty ubezpieczenia, powiadomienia, wnioski i oświadczenia oraz poprzez które mogę zawierać lub przystępować do innych umów ubezpieczenia. Zapoznałam/em się z Regulaminem świadczenia usług drogą 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).
* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X
- 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 i leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań diagnostycznych (z wyłączeniem badań genetycznych), przeprowadzonych konsultacji, wyniki leczenia i rokowań, a także do przekazania 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. 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.
- Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę PZU Zdrowie SA, oraz dalsze przetwarzanie tych danych własnym lub współpracującym placówkom medycznym w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z wybranego przeze mnie zakresu świadczeń zdrowotnych¹.
- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych, 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 oraz grupowym ubezpieczeniu lekowym PZU Opieka Medyczna).
- Dodatkowe oświadczenia 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)

- 6) cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV.
 - W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego.
 - 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.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez PZU Życie SA moich danych osobowych dotyczących stanu zdrowia zawartych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – w celu przystąpienia oraz wykonywania umowy ubezpieczenia, a także przekazanych PZU Życie SA przez placówki służby zdrowia, lekarzy lub przeze mnie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

Zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

- ³ 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.
- ³ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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).
- ³ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA, oraz jej partnerów handlowych informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
- ³ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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).
- ³ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
- ³ 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.
- ³ Wyrażam zgodę na przysyłanie 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.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Pomoc SA).

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.

Oświadczam, że:

- 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;

0 2 - 0 5 - 2 0 2 0

Data (dd-mm-rrrr)

Kowalska

Podpis osoby przystępującej

VII Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

- Z pracodawcą łączę mnie stosunek prawny od dnia: DD-MM-RRRR

umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny _____

Jaki?

- Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia) 1 2 - 0 3 - 1 9 8 0

K O W A L S K I _____

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego

J a n _____

Imię ubezpieczonego podstawowego

5 0 0 2 0 1 1 2 3 4 5

PESEL ubezpieczonego podstawowego

0 2 - 0 5 - 2 0 2 0

Data

Kowalski

Podpis ubezpieczonego podstawowego

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
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.

²Dotyczy dodatkowego grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwego wypadku na drodze lub w pracy – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby – usługi medyczne lub dodatkowego grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna.

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