

PROGRAM POLICJA 2015



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO TYP P PLUS i ubezpieczeń dodatkowych DLA FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW POLICJI ORAZ CZŁONKÓW ICH RODZIN

Nr polisy Nr Deklaracji

Zmiana deklaracji z powodu (w przypadku zmiany wcześniej złożonej deklaracji proszę zakreślić odpowiednie pole)

- ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA / ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZMIANY DANYCH UBEZPIECZONEGO/ WSPÓŁUBEZPIECZONEGO 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: Pracownik Funkcjonariusz

lub

Ubezpieczony bliski: Małżonek Partner życiowy Pełnoletnie dziecko

Pani Pan Nazwisko

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 (proszę zaznaczyć znakiem X):

Wariant SOCJALNY* 40,00 zł

* Do wariantu SOCJALNEGO mogą przystąpić funkcjonariusze i pracownicy Policji oraz członkowie ich rodzin

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

wskazując jako partnera życiowego następującą osobę

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. 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 Białej oraz Mentor Ubezpieczenia Indywidualne Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, 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. 2014, poz. 1182 z późn. zm.), wyłącznie w celu zrealizacji i obsługi umów ubezpieczenia PZU Życie SA, 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 PZU Życie SA, 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 (t. jedn.: Dz.U. 2014, poz. 1182 z późn. zm.), w zakresie świadczonych usług przez Mentor Ubezpieczenia Indywidualne sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 177-181
 ** 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. 39 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 poz. 1844).
- 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 dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłe 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.

DD - MM - RRRR

Data

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

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

Podpis ubezpieczonego

VII. Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego Dotyczy pracownika i funkcjonariusza Policji

proszę wypełnić w przypadku gdy niniejszą deklarację przystąpienia składa określony w części I ubezpieczony bliski (małżonek/ partner życiowy /pełnoletnie dziecko) pracownika i funkcjonariusza Policji

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego
(pracownika lub funkcjonariusza Policji)

Imię ubezpieczonego podstawowego
(pracownika lub funkcjonariusza Policji)

PESEL ubezpieczonego podstawowego
(pracownika lub funkcjonariusza 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. Wyrażam zgodę na potrącanie przez Pracodawcę z mojego wynagrodzenia lub innych wypłat składek na ubezpieczenie ubezpieczonego bliskiego.

Data zawarcia związku małżeńskiego (wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek funkcjonariusza lub pracownika Policji)

DD - MM - RRRR

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

DD - MM - RRRR

DD - MM - RRRR

Data

Podpis ubezpieczonego podstawowego
(pracownika lub funkcjonariusza Policji)

VIII. Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego (funkcjonariusza lub pracownika Policji) z pracodawcą:

umowa o pracę

umowa o dzieło

umowa zlecenie

inny

Jaki?

Funkcjonariusz lub pracownik Policji przystępujący do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z pracodawcą lub ubezpieczającym od:

DD - MM - RRRR

Data

ZWIĄZKI ZAWODOWE w POLICJI

DD - MM - RRRR

Data

Uwagi dodatkowe

Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

IX. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

DD - MM - RRRR

Data

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

X. Rezygnacja ubezpieczonego

Rezygnuję z ubezpieczenia na życie wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia:

DD - MM - RRRR

Data

DD - MM - RRRR

Data

Podpis ubezpieczonego