

Nr polisy

Nr deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S, GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO OPIEKA MEDYCZNA I UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

- ZMIANY ZAKRESU UBEZPIECZENIA / ŚWIADCZENIODAWCY ZMIANY DANYCH UBEZPIECZONEGO ZMIANY UPOSAŻONYCH – unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonego osobę wymienioną w części V. Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane dotyczące ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

- osoba formalnie związana z ubezpieczającym (np. pracownik) mąż/zona/partner życiowy ubezpieczonego bądź dziecko nie związane formalnie z ubezpieczającym

- -

Pani Pan Data urodzenia Miejsce urodzenia

Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię Imię ojca

Obywatelstwo: polskie inne:

PESEL¹⁾Kraj stałego zamieszkania²⁾

Adres do korespondencji: -

Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska inny:

Telefon kontaktowy E-mail

II Zgoda na objęcie ubezpieczeniem

Grupowe ubezpieczenie na życie i zdrowie Opieka Medyczna S, grupowe ubezpieczenie lekowe Opieka Medyczna

Składka (życie) zł Składka (zdrowie) zł

kod zakresu (dotyczy ubezpieczonego i każdego współubezpieczonego)

Wnioskuje o realizację świadczeń zdrowotnych w* **PZU POMOC**

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Doraźna Ochrona Medyczna

- zakres podstawowy (ubezpieczony) zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

W celu realizacji świadczeń proszę dzwonić pod nr tel. **801 102 102** Składka zł

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia na wypadek leczenia specjalistycznego

Składka zł

Suma ubezpieczenia: Życie zł LC zł

III Współubezpieczeni (dotyczy grupowego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna S – w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych)

1.

Pani Pan Pierwsze imię Drugie imię Imię ojca

Nazwisko PESEL¹⁾Stopień pokrewieństwa mąż/zona/partner życiowy dziecko

- -

Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres do korespondencji: -

Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska inny: Kraj stałego zamieszkania²⁾

Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w pkt 2 części VI deklaracji. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 9 i 10 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 i 8 części VI deklaracji.

- ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
 ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie 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.

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 składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy.

2.
Pani Pan Pierwsze imię Drugie imię Imię ojca

Nazwisko PESEL¹⁾

Stopień pokrewieństwa mąż/żona/partner życiowy dziecko

- -
Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres do korespondencji: -
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska inny: Kraj stałego zamieszkania²⁾

Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w pkt 2 części VI deklaracji. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 9 i 10 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 i 8 części VI deklaracji.

³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
 ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie 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.

- -
Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴⁾

3.
Pani Pan Pierwsze imię Drugie imię Imię ojca

Nazwisko PESEL¹⁾

Stopień pokrewieństwa mąż/żona/partner życiowy dziecko

- -
Data urodzenia Miejsce urodzenia

Adres do korespondencji: -
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj: Polska inny: Kraj stałego zamieszkania²⁾

Przyjmuję do wiadomości informacje zawarte w pkt 2 części VI deklaracji. Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 9 i 10 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 3 i 8 części VI deklaracji.

³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
 ³⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
 ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie 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.

- -
Data Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁴⁾

IV Łączna wysokość składek

zł

Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby formalnie związanej z ubezpieczającym)*.

V Uposażeni (w przypadku nie wskazania uposażonego, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

Nazwisko i imię/Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %

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

Oświadczam, że:

- Zapoznałam/em się warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie świadczeń z tytułu ubezpieczenia oraz wysokości sumy ubezpieczenia i składek. Oświadczam, że chcę skorzystać z zastrzeżenia na moją rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie.
- 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez PZU Życie SA, z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, w wyżej wymienionych celach.*
- ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych innym ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz.U. z 2010 r. Nr 11, poz.66).
- ³⁾ Wyrażam zgodę 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.
- ⁴⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich 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. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA.
- ³⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie 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. Postępu 18 a, 02-676 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 celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych:
 - świadczeniodawcy medycznemu realizującemu procedury wynikające z wybranego przeze mnie zakresu ubezpieczenia;
 - 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 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.

- -
Data

Podpis ubezpieczonego

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 składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy.

VII Oświadczenie płatnika składki (proszę wypełniać w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje osoba niezwiązana formalnie z ubezpieczającym)*

Wyrażam zgodę na potrącanie przez ubezpieczającego z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wpłat składek na ubezpieczenie za następujące

osoby: mąż/żona/partner życiowy dziecko/dzieci

Nazwisko płatnika

Imię płatnika

PESEL płatnika

Data

Podpis płatnika

VIII Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny (jaki)

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od

w załączeniu dotychczasowa(e) deklaracja(e) nr (z podanym okresem, za który przekazano ostatnią składkę)

zł

Data

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

IX Wypełnia PZU Życie SA

Data wpływu do PZU Życie SA

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

X Rezygnacja

Rezygnacja z ubezpieczenia dodatkowego

od dnia

Rezygnacja z ubezpieczenia podstawowego wraz z ubezpieczeniami dodatkowymi od dnia

Data

Podpis ubezpieczonego

XI Rezygnacja współubezpieczonego

Pani Pan

Pierwsze imię

Drugie imię

Imię ojca

Nazwisko

PESEL¹⁾

Stopień pokrewieństwa mąż/żona/partner życiowy dziecko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

Adres do korespondencji:

Kod pocztowy

Poczta

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kraj: Polska inny:

Rezygnacja od dnia

Data

Podpis ubezpieczonego

*nie dotyczy ubezpieczenia lekowego

¹⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.