

# 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 PESEL<sup>1</sup>

Obywatelstwo:  polskie  inne:    
Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

Adres do korespondencji:  -    
Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

Kraj:  Polska  inny:

Telefon kontaktowy E-mail

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

<sup>2</sup> 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.				□□□ %
<b>Razem</b>				<b>100 %</b>

#### 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 PESEL<sup>1</sup>

Stoień pokrewieństwa:  małżonek  partner życiowy  dziecko

**Adres do korespondencji:**  -

Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

**Kraj:**  Polska  Inny:  Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 5, 14 części VI deklaracji (Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia) oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 4, 6, 7 części VI deklaracji.

Zgadzam się\* na czynności określone w pkt 2 części VI deklaracji.

\* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x

<sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu bezpośredniego oferowania produktów i usług administratora, w tym dobierania ich pod kątem indywidualnych potrzeb (profilowania) i przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatach, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

<sup>3</sup> 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 przedstawiania odpowiedniej oferty.

<sup>3</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

<sup>3</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

**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](mailto: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

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

2.

Pani Pan Nazwisko Pierwsze imię Drugie imię

-   -

Miejsce urodzenia Data urodzenia PESEL<sup>1</sup>

Stoień pokrewieństwa:  małżonek  partner życiowy  dziecko

**Adres do korespondencji:**  -

Kod pocztowy Poczta

Ulica Nr domu Nr lokalu Miejscowość

**Kraj:**  Polska  Inny:  Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

Potwierdzam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 5, 14 części VI deklaracji (Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia) oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 4, 6, 7 części VI deklaracji.

Zgadzam się\* na czynności określone w pkt 2 części VI deklaracji.

\* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x

<sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu bezpośredniego oferowania produktów i usług administratora, w tym dobierania ich pod kątem indywidualnych potrzeb (profilowania) i przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatach, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

- <sup>3</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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).
- <sup>3</sup> 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).
- <sup>3</sup> 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.
- <sup>3</sup> 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, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

**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](mailto: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

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

3.

Pani Pan Nazwisko

Pierwsze imię

Drugie imię

Miejsce urodzenia

Data urodzenia   -   -

PESEL<sup>1</sup>

Stopień pokrewieństwa:  małżonek  partner życiowy  dziecko

Adres do korespondencji:  -

Kod pocztowy   Poczta

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kraj:  Polska  Inny:

Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

Potwierdam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 5, 14 części VI deklaracji (Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia) oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 4, 6, 7 części VI deklaracji.

Zgadzam się\* na czynności określone w pkt 2 części VI deklaracji.

\* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x

<sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu bezpośredniego oferowania produktów i usług administratora, w tym dobierania ich pod kątem indywidualnych potrzeb (profilowania) i przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatach, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

<sup>3</sup> 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.

<sup>3</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

<sup>3</sup> 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.

<sup>3</sup> 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, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

**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](mailto: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

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

4.

Pani Pan Nazwisko

Pierwsze imię

Drugie imię

Miejsce urodzenia

Data urodzenia   -   -

PESEL<sup>1</sup>

Stopień pokrewieństwa:  małżonek  partner życiowy  dziecko

Adres do korespondencji:  -

Kod pocztowy   Poczta

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kraj:  Polska  Inny:

Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

Potwierdam i akceptuję treść oświadczeń zawartych w pkt 1, 3, 5, 14 części VI deklaracji (Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia) oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 4, 6, 7 części VI deklaracji.

Zgadzam się\* na czynności określone w pkt 2 części VI deklaracji.

\* w przypadku braku zgody proszę zaznaczyć x

<sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu bezpośredniego oferowania produktów i usług administratora, w tym dobierania ich pod kątem indywidualnych potrzeb (profilowania) i przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatach, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

<sup>3</sup> 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.

<sup>3</sup> 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).

<sup>3</sup> 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).

pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

<sup>3</sup> 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.

<sup>3</sup> 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 uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

**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](mailto: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.**

DD - MM - RRRR

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie.

<sup>2</sup> Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

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

<sup>4</sup> W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.

## VI. Oświadczenia osoby przystępującej do ubezpieczenia

Oświadczam, że:

1. Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.

2. 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

3. 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.

4. Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę PZU Zdrowie SA, oraz dalsze przekazanie 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 zdrowotnych.

5. 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.

6. 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.

7. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez: Mentor S.A. z siedzibą w Toruniu oraz Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. a) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO w celu związanym z doprowadzeniem do zawarcia umów ubezpieczenia oraz obsługą i wykonaniem umów ubezpieczenia zawartych za pośrednictwem ww. spółek.

8. <sup>1</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu bezpośredniego oferowania produktów i usług administratora, w tym dobierania ich pod kątem indywidualnych potrzeb (profilowania) i przesyłania informacji o aktualnej ofercie, rabatach, zniżkach i promocjach przygotowanych specjalnie dla Funkcjonariuszy i Pracowników Policji oraz byłych Funkcjonariuszy i Pracowników Policji, zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. f) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/697 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO w zakresie świadczonych usług przez Polską Grupę Asekuracyjną sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie.

9. <sup>1</sup> 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.

10. <sup>1</sup> 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).

11. <sup>1</sup> 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).

12. <sup>1</sup> 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.

13. <sup>1</sup> 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 uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

14. 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](mailto: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.**

DD - MM - RRRR

Data

<sup>1</sup> W przypadku zgody proszę wstawić X w pole  (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).

Podpis osoby przystępującej

## 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 przystępuję, 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)

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  
(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:

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data

### ZWIĄZKI ZAWODOWE w POLICJI

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data

Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

## IX. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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:

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data

Podpis ubezpieczonego

## XI. Rezygnacja współubezpieczonego

Nazwisko współubezpieczonego

Imię współubezpieczonego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL współubezpieczonego

Rezygnuję z ubezpieczenia Opieki Medycznej S od dnia:

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

D	D	-	M	M	-	R	R	R	R
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego<sup>1</sup>

<sup>1</sup> W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie w imieniu współubezpieczonego składa jego przedstawiciel ustawowy.

### 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	Powszechne 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