

Nr polisy OMS/Nr polisy lekowej

Nr deklaracji OMS/Nr deklaracji lekowej

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE OPIEKA MEDYCZNA S ORAZ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA LEKOWEGO PZU OPIEKA MEDYCZNA

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 Nazwisko

Pierwsze imię

Imię ojca

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

Warunki ubezpieczenia³⁾: Kod zakresu Wnioskuje o realizację świadczeń zdrowotnych w

Składka zł

Grupowe ubezpieczenie lekowe PZU Opieka Medyczna

Warunki ubezpieczenia³⁾: Kod zakresu leków % współpłacenia % Składka zł

Łączna wysokość składki: zł

III Współubezpieczeni

1. ☐ ☐

Pani Pan Nazwisko

Pierwsze imię

Imię ojca

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⁾

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, 8 i 9 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 i 7 części VI deklaracji.

- ☐ ⁴⁾ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 3 części VI deklaracji.
☐ ⁴⁾ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
☐ ⁴⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
☐ ⁴⁾ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji.

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁵⁾

¹⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie. ²⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. ³⁾ Dotyczy ubezpieczonego i każdego współubezpieczonego.
⁴⁾ W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ⁵⁾ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie składa w imieniu współubezpieczonego jego przedstawiciel ustawowy.

3. ☐ Pani ☐ Pan Nazwisko

Pierwsze imię _____ Imię ojca _____ PESEL¹⁾ [][][][][][][][][][][][][][][][]

Stopień pokrewieństwa ☐ mąż/żona/partner życiowy ☐ dziecko

[D][D] – [M][M] – [R][R][R][R] _____
Data urodzenia Miejsce urodzenia

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, 8 i 9 części VI oraz udzielam upoważnienia i wyrażam zgodę na czynności określone w pkt 2 i 7 części VI deklaracji.

☒ Wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 3 części VI deklaracji.
☒ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 4 części VI deklaracji.
☒ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 5 części VI deklaracji.
☒ Wyrażam zgodę na udostępnienie moich danych osobowych zgodnie z zapisami pkt 6 części VI deklaracji.

[D][D] – [M][M] – [R][R][R][R] _____
Data

_____ Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego⁵⁾

_____ 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
			%
			%

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

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/em się warunkami ubezpieczenia, w szczególności w zakresie 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.
2. Dla potrzeb oceny ryzyka i ustalenia odpowiedzialności z tytułu zdarzeń objętych ubezpieczeniem upoważniam kierownika 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. ☒ ⁴⁾ Wyrażam zgodę 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. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
4. ☒ ⁴⁾ 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.
5. ☒ 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, w tym do przekazania moich danych osobowych do PZU Życie SA, z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanym kapitałowo z PZU Życie SA.
6. ☒ ⁴⁾ 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.
7. W celu wykonania umowy wyrażam zgodę na udostępnianie moich danych osobowych:
- 1) świadczeniodawcy medycznemu realizującemu procedury wynikające z wybranego przeze mnie zakresu ubezpieczenia;
- 2) podmiotowi wykonującemu czynności ubezpieczeniowe w imieniu i na rzecz PZU Życie SA, zgodnie z art. 3 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
8. W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
9. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

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.

DD - MM - RRRR

¹⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy obywatelstwo jest polskie. ²⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

⁴⁾ W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ⁵⁾ W przypadku osób niepełnoletnich oświadczenie składa w imieniu współubezpieczony jego przedstawiciel ustawowy.

