

Numer polisy

Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

pracowniczego typ P Plus z ubezpieczeniem Medyczny Ekspert Domowy

EMERYTOWANYCH FUNKCJONARIUSZY I PRACOWNIKÓW PAŃSTWOWEJ STRAŻY POŻARNEJ ORAZ ICH MAŁŻONKÓW

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

- zmiany zakresu ubezpieczenia zmiany danych ubezpieczonego zmiany uposażonych (unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części IV)

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)

- osoba pozostająca w stosunku prawnym (emeryt/rencista PSP) małżonek osoby pozostającej w stosunku prawnym (emeryta/rencisty PSP)

Pani Pan [] [] - [] [] - [] [] [] []
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

[]
Miejsce urodzenia

[]
Nazwisko

[]
Imię

[]
PESEL¹⁾

Obywatelstwo: polskie []
Inne

[]
Kraj stałego zamieszkania²⁾

Adres do korespondencji:

[]
Ulica

[]
Nr domu

[]
Nr lokalu

[]
Kod pocztowy Miejsowość

[]
Poczta

[]
Telefon kontaktowy

[]
E-mail

Data rozpoczęcia stosunku prawnego emerytowanego funkcjonariusza/pracownika PSP, tj. początek podlegania uposażeniu emerytalnemu lub rentowemu dla byłych funkcjonariuszy bądź byłych pracowników PSP³⁾

[]
Data (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.
³⁾ Proszę wypełnić w przypadku, gdy do ubezpieczenia przystępuje emerytowany funkcjonariusz/pracownik PSP.

II. Zgoda na objęcie ubezpieczeniem (należy wybrać jeden wariant oznaczając go znakiem **X**):

WARIANT I Składka za ubezpieczenie: **31,40 zł**
bez ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy

WARIANT II Składka za ubezpieczenie: **42,19 zł**, w tym:
ubezpieczenie Medyczny Ekspert Domowy w zakresie podstawowym

WARIANT III Składka za ubezpieczenie: **51,29 zł**, w tym:
ubezpieczenie Medyczny Ekspert Domowy w zakresie rozszerzonym

W celu realizacji świadczeń w ramach ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy proszę dzwonić pod nr tel. **801 102 102**

III. 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.				[] [] [] [] %
2.				[] [] [] [] %
3.				[] [] [] [] %
4.				[] [] [] [] %
Razem				100 %

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

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z 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, w tym na wysokość sumy ubezpieczenia. PZU Życie SA potwierdzi te warunki Indywidualnym Potwierdzeniem.
2. Zostałam/em poinformowana/y, że 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.
3. 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 w wyżej wymienionych celach.
4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych przez Mentor S.A. z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 177-181 oraz Mentor Ubezpieczenia Indywidualne Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu przy ul. Szosa Chełmińska 177-181. Dane są zbierane i będą przechowywane w celu prawidłowej realizacji usług finansowych, zgodnie z zasadami zawartymi w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101 poz. 926, z póź. zm.). Oświadczam, że zostałam/am poinformowany/a o prawie dostępu do treści moich danych osobowych oraz możliwości ich poprawiania, jak również prawie wniesienia w każdym czasie sprzeciwu wobec ich przetwarzania.
5. Wyrażam zgodę⁴⁾ / Nie wyrażam zgody⁴⁾ 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.
6. Wyrażam zgodę⁵⁾ / Nie wyrażam zgody⁵⁾ na udostępnianie moich danych osobowych innemu ubezpieczycielowi w celach określonych w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66).
7. Wyrażam zgodę⁵⁾ / Nie wyrażam zgody⁵⁾ 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. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim kapitałowo z PZU Życie SA.
8. 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. Postępu 18 a, 02-676 Warszawa oraz innym podmiotom powiązanim 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.
9. W dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych.
10. Do dnia podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.⁵⁾
11. Zobowiązuję się do opłacania składek w terminie i na rachunek bankowy wskazane przez Ubezpieczającego. Jednocześnie upoważniam Ubezpieczającego do zgłoszenia Ubezpieczycielowi wyłączenia mnie z ubezpieczenia w przypadku nieopłacenia składki w pełnej wysokości w ww. terminie.
12. Niniejsze oświadczenie oraz dane osobowe składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis ubezpieczonego

⁴⁾ proszę zaznaczyć właściwe (niezaznaczenie żadnej opcji oznacza brak zgody)

⁵⁾ oświadczenie o nie orzeczeniu w stosunku do Ubezpieczonego niezdolności do pracy lub niezdolności do służby nie dotyczy:

- funkcjonariuszy/pracowników Państwowej Straży Pożarnej przechodzących na emeryturę lub rentę oraz emerytów i rencistów Państwowej Straży Pożarnej,
- osób, które zachowują ciągłość ubezpieczenia w PZU Życie SA, tj. nie ma przerwy pomiędzy okresem, za który przekazano lub opłacono składkę w ramach poprzedniej umowy ubezpieczenia, a okresem, za który przekazano lub za który ma zostać przekazana pierwsza składka w ramach nowej umowy ubezpieczenia,
- osób z orzeczoną III grupą inwalidzka

V. Oświadczenie emeryta / rencisty PSP

(proszę wypełnić w przypadku gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek emeryta/rencisty PSP)

Nazwisko emeryta/rencisty PSP

Imię emeryta/rencisty PSP

PESEL emeryta/rencisty PSP

Data rozpoczęcia stosunku prawnego emeryta/rencisty PSP,

tj. początek podlegania uposażeniu emerytalnemu lub rentowemu dla byłych funkcjonariuszy bądź byłych pracowników PSP

Data (dd-mm-rrrr)

Data zawarcia związku małżeńskiego pomiędzy emerytem/rencistą PSP a ubezpieczonym

(wypełnić, gdy do ubezpieczenia przystępuje małżonek emeryta/rencisty PSP)

Data (dd-mm-rrrr)

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis emeryta/rencisty PSP

VI. Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego osoby przystępującej do ubezpieczenia:

umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny

EMERYT/RENCISTA PSP**
MAŁŻONEK EMERYTA/RENCISTY PSP**

** Niepotrzebne skreślić

Emeryt/rencista PSP przystępujący do ubezpieczenia lub którego członek rodziny przystępuje do ubezpieczenia, pozostaje w stosunku prawnym od:

Data (dd-mm-rrrr)

Data (dd-mm-rrrr)

Krajowa Sekcja Pożarnictwa NSZZ „Solidarność”
Związek Zawodowy Strażaków „Florian”
NSZZ Pracowników Pożarnictwa

Nazwa i siedziba lub pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Uwagi dodatkowe

VII. Wypełnia PZU Życie SA

Nr jednostki

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczętka i podpis pracownika PZU Życie SA

