Numer polisy

Numer deklaracji

* 9 7 1 8 0 1 0 1 *

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I ZDROWIE PZU OPIEKA MEDYCZNA S

☐ **DEKLARACJA ZMIANA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO**

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)

Nazwisko ubezpieczonego

Imię ubezpieczonego

PESEL ubezpieczonego[1]

Wybrany kod zakresu

Wybrany świadczeniodawca

II Dane dotyczące współubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa ☐ mąż/żona ☐ partner życiowy ☐ dziecko

☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

D D – M M – R R R R

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL[1]

Obywatelstwo ☐ polskie ☐ inne:

Kraj stałego zamieszkania[2]

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

–

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska ☐ inny:

III Zgoda na objęcie ubezpieczeniem i oświadczenia (wypełnia przystępujący do ubezpieczenia)

Oświadczam, że:

1. **Chcę zostać objęta/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. ☐[3] Zgadzam się na przesyłanie informacji (w tym dokumentów ubezpieczenia, powiadomień, wniosków i oświadczeń), które mają związek z moimi ubezpieczeniami w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w tym wiadomości sms lub e-mail). Zobowiązuję się niezwłocznie uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
4. ☐[3] Zgadzam się na udostępnienie w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania moich danych osobowych oraz do zgłaszania sprzeciwu na przetwarzanie danych w celach marketingowych lub przekazywania danych osobowych innemu administratorowi danych.
5. ☐[3] Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych przez PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).
6. ☐[3] Zgadzam się na to, że PZU Życie SA, PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA będą używać telekomunikacyjnych urządzeń końcowych i automatycznych systemów wywołujących dla celów marketingu bezpośredniego (w rozumieniu ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. Prawo telekomunikacyjne).
7. ☐[3] Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

8. 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. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
9. W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekle chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
10. 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.
11. Oświadczenia składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

D D – M M – R R R R
Data

Podpis współubezpieczonego
bądź przedstawiciela ustawowego

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych będzie PZU Życie SA. Ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i ich poprawiania. Dane przetwarzane będą w celach obsługowych, analitycznych, dochodzenia roszczeń oraz marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przystąpienia do ubezpieczenia i wykonywania umowy ubezpieczenia.

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

[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).