

Numer polisy



\* P Z U W 9 7 3 8 0 1 0 1 \*



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO TUV PZUW OPIEKA MEDYCZNA

 **DEKLARACJA ZMIANY DLA WSPÓŁUBEZPIECZONEGO**

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu. DEKLARACJĘ NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNI DRUKOWANYMI LITERAMI

### I Dane dotyczące ubezpieczonego

Nazwisko ubezpieczonego

Imię ubezpieczonego

PESEL ubezpieczonego<sup>1</sup>Wybrany kod zakresu 

Świadczeniodawca PZU Zdrowie SA

### II Dane dotyczące współubezpieczonego

Stopień pokrewieństwa z ubezpieczonym  mąż/żona  partner życiowy  dziecko

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL<sup>1</sup>Obywatelstwo  polskie  inne: Kraj stałego zamieszkania<sup>2</sup>

### 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:

- Chcę zostać objęta/y ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- W razie wystąpienia zdarzenia upoważniam kierownictwo wszystkich placówek służby zdrowia i lekarzy do udzielania TUV Polskiemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych 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 TUV Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych nazw i adresów świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność TUV Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych oraz wysokość świadczenia. Powyższe upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.
- Wyrażam zgodę na przekazywanie przez TUV Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych moich/moich małoletnich dzieci danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia zawartych w dokumentacji medycznej, spółce PZU Zdrowie SA w celu realizacji umowy

ubezpieczenia. Jednocześnie wyrażam zgodę na przekazywanie przez PZU Zdrowie SA informacji dotyczących stanu mojego zdrowia oraz dokumentacji medycznej, a także informacji o stanie zdrowia i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci podmiotom leczniczym współpracującym z PZU Zdrowie SA, w celu realizacji świadczeń zdrowotnych. Ponadto wyrażam zgodę na udostępnienie TUV Polskiemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych i PZU Zdrowie SA przez podmioty lecznicze współpracujące z PZU Zdrowie SA, informacji dotyczących stanu zdrowia mojego/moich małoletnich dzieci i dokumentacji medycznej, w celu realizacji umowy ubezpieczenia.

- W dniu podpisania deklaracji przystąpienia nie przebywam/nie przebywa moje małoletnie dziecko w szpitalu, hospicjum, placówce dla przewlekłych chorych oraz nie uznano w stosunku do mnie niezdolności do pracy lub niezdolności do służby orzeczeniem właściwego organu.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez TUV Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych moich danych osobowych/danych osobowych moich małoletnich dzieci dotyczących stanu zdrowia zawartych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – w celu przystąpienia do umowy ubezpieczenia, a także przekazanych TUV Polskiemu Zakładowi Ubezpieczeń Wzajemnych przez placówki służby zdrowia, lekarzy lub przeze mnie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia – w celu wykonania umowy ubezpieczenia.

Powyzsza zgoda jest dobrowolna, ale konieczna w celu realizacji umowy.

6. <sup>3</sup> Wyrażam zgodę na udostępnienie przez TUV Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. 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, 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.
7. <sup>3</sup> Wyrażam zgodę na otrzymywanie od TUV Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych, 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).
8. <sup>3</sup> Wyrażam zgodę na otrzymywanie od TUV Polskiego Zakładu Ubezpieczeń Wzajemnych, 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).
9. <sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez TUV Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadał ubezpieczenia w tej firmie.
10. <sup>3</sup> Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w TUV Polskim Zakładzie Ubezpieczeń Wzajemnych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres poczty elektronicznej. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualniać moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
11. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.**

-    -

Data

Podpis współubezpieczonego bądź przedstawiciela ustawowego

#### Pełne nazwy podmiotów

Lp.	Skrócona nazwa podmiotu	Pełna nazwa podmiotu	Adres siedziby
1	TUV Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych	Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych Polski Zakład Ubezpieczeń Wzajemnych	ul. Ogrodowa 58, 00-876 Warszawa
2	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
3	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
4	PTE PZU SA	Powszechnie Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
5	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
6	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa
7	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
8	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	ul. Konstruktorska 13, 02-673 Warszawa
9	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
10	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
11	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

<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).