



**Nowy, dodatkowy program
ubezpieczeniowy PZU Życie SA
dla pracowników
ENEA WYTWARZANIE Sp. z o.o.**



Szanowni Państwo,

PZU ŻYCIE SA w porozumieniu ze Związkami Zawodowymi działającymi w ENEA WYTWARZANIE Sp. z o o. w odpowiedzi na zapotrzebowanie pracowników przygotowało dodatkowy program ubezpieczeniowy do obecnie funkcjonującego. Zwiększa on swoim zakresem ochronę ubezpieczeniową i daje bardzo duże korzyści w przypadku realizacji recept lekarskich. Szczegóły w poniższej ulotce.

Data wdrożenia programu 01-01-2018 r.

PZU W Razie Wypadku

Ubezpieczenie obejmuje zdarzenia związane z:



wypadkami komunikacyjnymi

(wypadek komunikacyjny dotyczy zarówno ruchu drogowego, jak również kolejowego, wodnego i powietrznego – nasze ubezpieczenie chroni bez względu na to czy w wypadku brałeś udział jako pieszy, pasażer, kierujący czy członek załogi pojazdu)



życiem codziennym

(np. pożar, utonięcie, porażenie prądem, wybuch gazu)



uprawianiem sportu

(szeroko rozumiane formy aktywności fizycznej, np. jogging, jazda na rowerze, gra w piłkę, żeglarstwo, narciarstwo itp.)



Pakiet korzyści



Dla pracowników

- szeroki zakres ubezpieczenia
- wsparcie finansowe w razie nieszczęśliwego wypadku zarówno dla pracownika, jak i jego bliskich
- ochrona ubezpieczeniowa 24 godziny na dobę 7 dni w tygodniu na całym świecie
- unikatowe ubezpieczenie na rynku, pakiet z bogatym zakresem zdarzeń wypadkowych

Zakres i wysokość wypłaty



Ubezpieczony zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową z tytułu poniższych zdarzeń.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	WYSOKOŚĆ WYPŁAT
1. Śmierć ubezpieczonego w wyniku*:	
a) wypadku komunikacyjnego	50 000 zł
b) wypadku komunikacyjnego w porze nocnej (22.00-6.00 czasu lokalnego)	50 000 zł
c) wypadku komunikacyjnego w pracy	50 000 zł
d) wypadku komunikacyjnego z udziałem samochodu ciężarowego	50 000 zł
e) pożaru albo zatrucia tlenkiem węgla	50 000 zł
f) utonięcia	50 000 zł
g) wybuchu gazu	50 000 zł
h) porażenia prądem albo uderzenia pioruna	50 000 zł
i) uprawiania sportu	50 000 zł
j) uprawiania niebezpiecznego sportu	50 000 zł
k) uprawiania sportu na kółkach	50 000 zł
l) narciarstwa albo snowboardingu	50 000 zł
2. Śmierć ubezpieczonego (niezależnie od przyczyny)	100 zł
3. Śmierć małżonka albo partnera życiowego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	50 000 zł
4. Uszkodzenie ciała ubezpieczonego:	
a) oparzenie	10 000 zł
b) trwałe inwalidztwo, spowodowane: <ul style="list-style-type: none">wypadkiem komunikacyjnympożaremwybuchem gazuporażeniem prądem albo uderzeniem pioruna	całkowite – 10 000 zł częściowe – odpowiedni procent sumy ubezpieczenia (10 000 zł) w zależności od rodzaju uszkodzenia ciała – zgodnie z OWU
c) złamanie kości, spowodowane: <ul style="list-style-type: none">uprawianiem sportu na kółkachuprawianiem joggingugra w piłkę	odpowiedni procent sumy ubezpieczenia (10 000 zł) w zależności od rodzaju złamania – zgodnie z OWU
Składka miesięczna	6,50zł

*Jeżeli do śmierci ubezpieczonego doprowadzą nieszczęśliwe wypadki różnego rodzaju, wymienione w punkcie 1 a)-l), to sumujemy kwoty do wypłaty z ubezpieczenia z tych rodzajów nieszczęśliwego wypadku.



PZU w APTECE

UBEZPIECZENIE LEKOWE

Grupowe ubezpieczenie lekowe Opieka Medyczna to atrakcyjna oferta dla wszystkich Pracowników – zapewnia poczucie bezpieczeństwa i obniżenia wydatków związanych z zakupem **leków na receptę o 80 %**.



Korzyści dla Pracownika



wymierna pomoc materialna – **80%** dofinansowania do zakupu leków na receptę – brak ryzyka niewykupienia leku ze względu na wysoką cenę Pracownik zapłaci za leki **na receptę jedynie 20 % ich ceny, resztę pokryje PZU w ramach ubezpieczenia.**

Jak to działa?

Pracownik przystępuje do ubezpieczenia i otrzymuje Kartę Lekową PZU.

1. Wizyta u



W przypadku zachorowania Klient udaje się na wizytę **do dowolnego lekarza**

2. Recepta



Otrzymuje receptę na leki

3. Apteka



Po okazaniu **Karty Lekowej** kupuje lek na receptę po obniżonej cenie (w sieci aptek współpracujących na terenie całego kraju)



Jakie leki objęte są ubezpieczeniem?

Zniżce podlegają leki na receptę dostępne w Polsce - to ponad 41 000 pozycji receptariusza. Wykaz leków objęty ubezpieczeniem dostępny jest pod nr infolinii 801 102 102

Z zakresu wyłączone są leki:

- leki z grupy antykoncepcja hormonalna,
- leki hormonalne stymulujące owulację oraz stosowane w zaburzeniach erekcji,
- szczepionki,
- leki z grupy „varia” np. plastry opatrunkowe, preparaty stosowane w leczeniu otyłości i w żywieniu niemowląt, odtrutki, środki dezynfekujące
- leki, które można kupić bez recepty.
- Leki, w cenie jednostkowej przekraczającej 5000zł

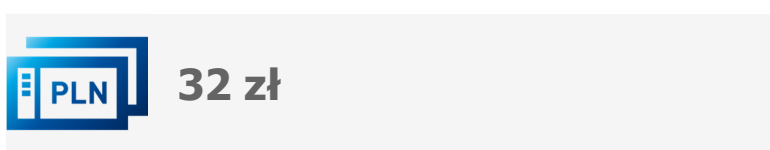
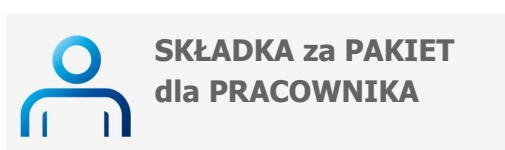
Pełen wykaz aptek dostępny jest pod nr infolinii 801 102 102

Lista aptek jest ciągle aktualizowana - z uwagi na zawieranie umów z nowymi aptekami.



	Lek na receptę z refundacją NFZ	Lek na receptę bez refundacji NFZ
Cena leku	100 zł	100 zł
Refundacja NFZ	50% = 50 zł	0% = 0 zł
Cena dla pacjenta w aptece	50 zł	100 zł
Część ceny pokrywana z ubezpieczenia (80%)	40 zł	80 zł
Część ceny pokrywana przez pacjenta (20%)	10 zł	20 zł

Składka miesięczna za ubezpieczenie lekowe – 25.50zł



Pracownik przystępujący do ubezpieczenia wypełnia deklaracje zgodnie z załączonym, wzorem – termin zdania deklaracji do 24-11-2017 r.

Wprowadzenie programu uwarunkowane jest ilością spisanych deklaracji.

DANE KONTAKTOWE

Przedstawiciel PZU Życie SA

Barbara Kopik

tel. 695 939 928

Magdalena Kwiatkowska-Paluch

tel. 601 202 751

Niniejsza propozycja nie stanowi oferty handlowej w rozumieniu art. 66 kodeksu cywilnego. Szczegółowe informacje dotyczące ubezpieczeń, w tym definicje zdarzeń objętych ochroną, zakresu odpowiedzialności, wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności PZU Życie SA zawarte są w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia (OWU) dostępnych w załączeniu.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia dostępne są również w oddziałach PZU i na stronie pzu.pl

**WZÓR UBEZPIECZENIE
WRW
STRONA 1**

Numer polisy
Numer deklaracji



* 9 2 8 8 0 2 0 1 *

WZÓR

UBEZPIECZENIE WRW



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

ENEA WYTWARZANIE SP. Z O.O.

(dalej Klub)

Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu

na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:

Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332

a

PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

DEKLARACJA ZMIANY

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane osoby przystępującej do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

ubezpieczony podstawowy

ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

K A R O L

Pan Pani Imię

N O W A K

Nazwisko

0 1 - 0 1 - 1 3 8 0

Data urodzenia

KOZIENICE

Miejsce urodzenia

8 0 0 1 0 1 0 0 0 0 0

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

KOZIENICE

Miejscowość

ŚLICZNA

Ulica

1

Nr domu

Nr lokalu

0 0 - 0 0 0

Kod pocztowy

Poczta

KOZIENICE

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek za ubezpieczenie

zł

III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Doraźna Ochrona Medyczna Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

Asystent w czasie utraty zdrowia

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

K A T A R Z Y N A

Pan Pani Imię

K O W A L S K A

Nazwisko

0 1 - 0 1 - 1 3 8 3

Data urodzenia

KOZIENICE

Miejsce urodzenia

8 3 0 1 0 1 0 0 0 0 0

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Katarzyna Kowalska

Podpis partnera życiowego

UWAGA! Sekcja IV uzupełniają pracownicy posiadający PARTNERA ŻYCIOWEGO - nie będący w związku małżeńskim

PZU Pomoc Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 326045, NIP 525-244-97-71, kapitał zakładowy: 4 885 800,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102

Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy, KRS 30211, NIP 527-020-60-56, kapitał zakładowy: 295 000 000,00 zł wpłacony w całości, al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, pzu.pl, infolinia: 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora)

PZUŻ 9288/1

1/2

WZÓR UBEZPIECZENIE WRW
STRONA 2

V 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	KOHAŁSKA KATARZYNA	01.01.1983r. KOZIENICE	00-000 KOZIENICE UL. ŚLICZNA 1	100 %
2				%
3				%
Razem				100 %

VI Zgoda na przystąpienie do Klubu i objęcie ubezpieczeniem oraz oświadczenia osoby przystępującej

Oświadczam, że:

- Chcę przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
- Chcę zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
- 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.
- 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.
- Zgadzam się na udostępnienie w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA. Mam prawo dostępu do treści i poprawiania moich danych osobowych oraz do zgłoszenia sprzeciwu na przetwarzanie danych w celach marketingowych lub przekazywania danych osobowych Innemu administratorowi danych.
- 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).
- 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).
- Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Pomoc SA w celach marketingowych, jeśli nie zostaną członkiem Klubu lub moje członkostwo w Klubie wygaśnie.
- Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
- 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 świadczących, którzy udzieli mi świadczeń opieki zdrowotnej. Upoważnienie to jest potrzebne, aby ustalić odpowiedzialność PZU Życie SA oraz wysokość świadczenia. Oba upoważnienia obejmują przekazanie informacji lub dokumentacji medycznej również po mojej śmierci. Zgadzam się na przetwarzanie otrzymanych danych osobowych, w tym danych wrażliwych przez PZU Życie SA w wyżej wymienionych celach.
- 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 (nie stosuje się w grupowym ubezpieczeniu PZU W RAZIE WYPADKU).
- Oświadczenia składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w związku z przystąpieniem do Klubu będzie PZU Pomoc Spółka Akcyjna. 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 uczestnictwa w Klubie.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia 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	TFI PZU SA	Powszechnie 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

Oświadczenie dla ubezpieczonego, którego to dotyczy:

Oświadczam, że otrzymałam/em warunki ubezpieczenia obowiązujące w umowach ubezpieczenia zawartych przez ubezpieczającego z PZU Życie SA, w ramach których jestem aktualnie ubezpieczona/y.

11-201♀ *proszę uzupełnić datę podpisu dzień/msc/rok*
Data (dd-mm-rrrr) *K. Nowak*
Podpis osoby przystępującej

VII Oświadczenie ubezpieczonego podstawowego

Oświadczam, że:

1. Z pracodawcą łączę mnie stosunek prawny od dnia: ← DATA ZATRUDNIENIA
 umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny

2. Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia)

Nazwisko ubezpieczonego podstawowego
Imię ubezpieczonego podstawowego PESEL ubezpieczonego podstawowego

proszę uzupełnić datę podpisu dzień / msc / rok
Data *K. Nowak*
Podpis ubezpieczonego podstawowego

VIII Wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

Data Pleczątko i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

*Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska. ²W przypadku zgody proszę wstawić X w pole (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody). ³Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń na wypadek: utraty zdrowia przez dziecko, śmierci dziecka, śmierci dziecka spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem.

WZÓR UBEZPIECZENIE LEKOWE STRONA 2

IV Zgoda na przystąpienie do Klubu

Oświadczam, że:

1. ³ Chęc przystąpić do Klubu na warunkach określonych w Regulaminie Klubu. Zapoznałam/em się z jego treścią i akceptuję go.
2. Chęc zostać objętą/y ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
3. 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).
 ⁴ W przypadku braku zgody proszę zaznaczyć X.
4. 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.
5. ³ Zgadzam się na udostępnienie przez PZU Życie SA w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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.
6. ³ Zgadzam się na udostępnienie przez PZU Pomoc SA w celach marketingowych moich danych osobowych spółkom: PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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.
7. ³ Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Pomoc SA z siedzibą al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa w celach marketingowych, jeśli nie zostanie członkiem Klubu lub moje członkostwo w Klubie wygaśnie.
8. ³ Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych przez PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU 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).
9. ³ Zgadzam się na przesyłanie informacji handlowych przez PZU Pomoc SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (w rozumieniu ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną).
10. 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).
11. ³ Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie w celach marketingowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
12. 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 nazwy i adresów świadczeniodawców, którzy udzielił 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.
13. Zgadzam się na udostępnienie moich danych osobowych i ich dalsze przetwarzanie przez świadczeniodawcę w celu podjęcia wszelkich działań związanych z organizacją i realizacją świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia.
14. Oświadczenia składam dobrowolnie, a podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Oświadczenie dla osoby przystępującej, której to dotyczy:

Oświadczam, że otrzymałam/em warunki ubezpieczenia obowiązujące w umowach ubezpieczenia zawartych przez ubezpieczającego z PZU Życie SA, w ramach których jestem aktualnie ubezpieczona/y.

proszę mieć datę podpisu dzień/msc/rok

Data (dd-mm-rrrr)

K. Nowak

Podpis ubezpieczonego

V Oświadczenie ubezpieczonego

Rodzaj stosunku prawnego łączącego osobę przystępującą do ubezpieczenia z ubezpieczającym:

- umowa o pracę umowa o dzieło umowa zlecenie inny

Jaki?

Osoba przystępująca do ubezpieczenia pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od *data zatrudnienia*

proszę mieć datę podpisu dzień/msc/rok

Data

K. Nowak

Podpis ubezpieczonego

VI Wypełnia ubezpieczający

Data przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu

Data

Pieczętka i podpis osoby obsługującej Klub PZU Pomoc w Życiu

KLAUZULA INFORMACYJNA

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w **związku z przystąpieniem do ubezpieczenia** 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.

Administratorem Pani/Pana danych osobowych w **związku z przystąpieniem do Klubu** będzie PZU Pomoc Spółka Akcyjna. 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 uczestnictwa w Klubie.

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	Powszechnie 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).





Przypominamy, że pracownicy ENEA WYTWARZANIE Sp. z o.o.

Kozienice, którzy należą do ubezpieczenia grupowego

(są członkami Klubu PZU POMOC w Życiu) zostali objęci 10 %

zniżkami w PZU SA zgodnie z poniższym wykazem:

1) komunikacyjne PZU SA:

- autocasco dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy - gr. 70;
- obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych dla klienta indywidualnego oraz małego lub średniego przedsiębiorcy - gr. 71;
- minicasco - gr. H0;
- PZU AUTO (gr. 4000) na wybrane produkty:
 - 401 – PZU Auto AC,
 - 403 – PZU Auto OC;
 - 407 – PZU Auto NNW Max

2) majątkowe PZU SA:

- PZU Dom (gr. 5000);
 - PZU DOM Plus – gr. J4;
 - PZU DOM Letniskowy - gr. 97;
 - indywidualnie zawieranego jednostkowego i rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków - gr. 66;
 - PZU NNW – gr. 701, szablon oferty NNW ogólne, umowy indywidualne i rodzinne;
 - obowiązkowego ubezpieczenia budynków wchodzących w skład gospodarstwa rolnego od ognia i innych zdarzeń losowych - gr. 81;
 - obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników z tytułu posiadania gospodarstwa rolnego - gr. 90;
 - mienia ruchomego w gospodarstwach rolnych od ognia i innych zdarzeń losowych - gr. 91;
 - indywidualnie zawieranego ubezpieczenia Wojażer – PZU Pomoc w Podróży - gr. W0;
 - PZU Wojażer – gr. 711, umowy indywidualne.
1. Suma zniżek uzyskanych dla danego rodzaju ubezpieczenia nie może powodować obniżenia minimalnej składki określonej w ogólnych warunkach ubezpieczenia i taryfie składek.
 2. Zniżka wynikająca z posiadania ubezpieczenia grupowego na życie w PZU Życie SA naliczana jest jako ostatnia od kwoty składki obliczanej na podstawie taryfy dla danego rodzaju ubezpieczenia.
 3. Zniżki udzielone w ramach karty Klubu PZU Pomoc w Życiu nie łączą się z innymi promocjami (inicjatywami sprzedażowymi) funkcjonującymi w PZU SA.

Zniżka przysługuje posiadaczowi Karty, który jest właścicielem lub współwłaścicielem przedmiotu ubezpieczenia i dotyczy ubezpieczeń mienia nie służącego do prowadzenia działalności gospodarczej. W przypadku ubezpieczeń komunikacyjnych właściciela/współwłaściciela ustala się na podstawie dowodu rejestracyjnego pojazdu.

**W przypadku opłacania ww. ubezpieczeń prosimy o poinformowanie
Agent/ Pracownika PZU o należnej zniżce. Agent/ Pracownik PZU ma możliwość weryfikacji Państwa
zniżek za pośrednictwem Infolinii PZU.**

