

MATERIAŁ
MARKETINGOWY



Jak przystąpić do ubezpieczenia Programu **STRAŻAK PLUS**



Wypełnij formularz – zeskanuj QR kod
lub wejdź na stronę internetową:
<https://www.pzu.pl/strazakplus>



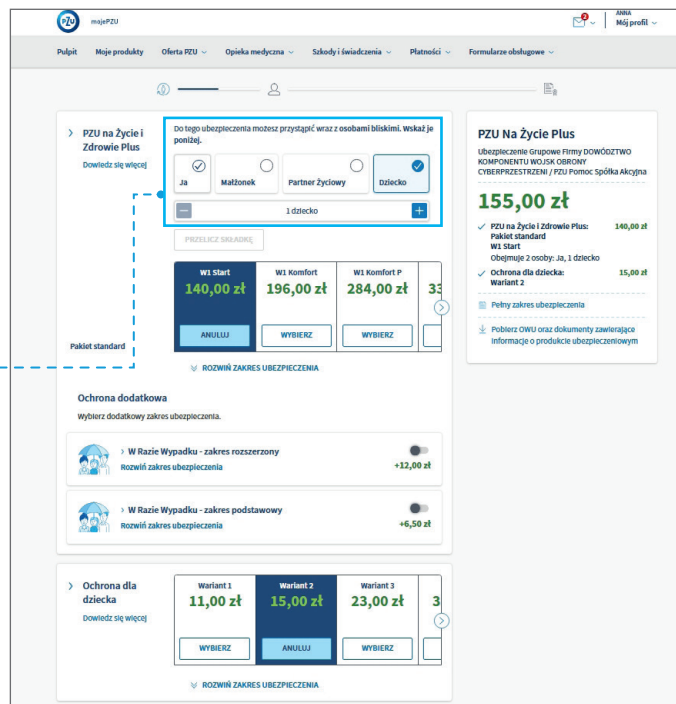
KROK 1

Zaloguj się, przejdź do oferty i wybierz zakres ubezpieczenia

Zaloguj się do **mojePZU** i kliknij **Sprawdź** w sekcji „**Moje nowe oferty**”. Możesz również wybrać: „**Oferta PZU**” → „**Moje oferty**”, a następnie „**Szczegóły**” przy aktywnej ofercie z **nazwą Twojego pracodawcy**.

Jeśli chcesz, aby Twój bliski (małżonek/partner życiowy, dziecko) został objęty **TYLKO** ubezpieczeniem opieki medycznej dodaj go w tym miejscu. Kliknij **Wybierz** przy zakresie ubezpieczenia.

 Kliknij Dalej



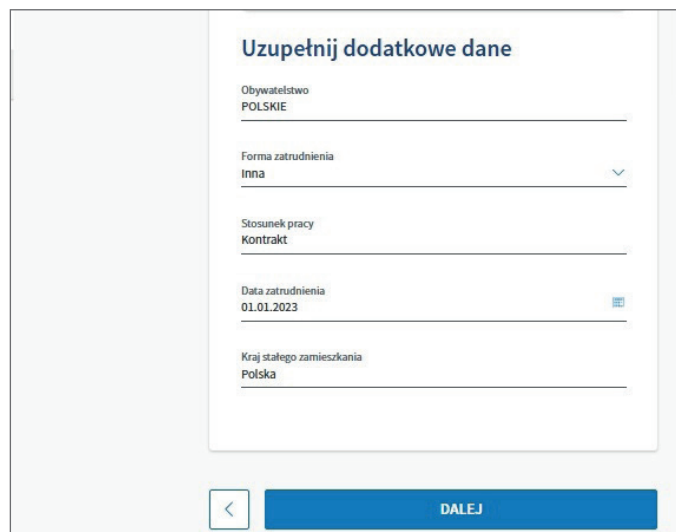
KROK 2

Uzupełnij swoje dane

Uzupełnij brakujące dane osobowe.

Możesz zmienić, np. adres do korespondencji.

 Kliknij Dalej.

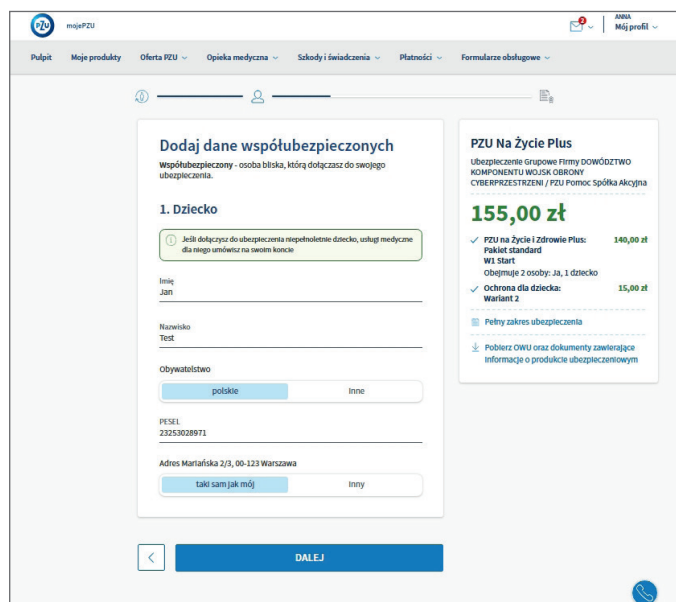


KROK 3

Współubezpieczeni

Wprowadź dane współubezpieczonych, których chcesz objąć opieką medyczną. Zgodnie z wyborem z kroku 1.

 Kliknij Dalej



KROK 4

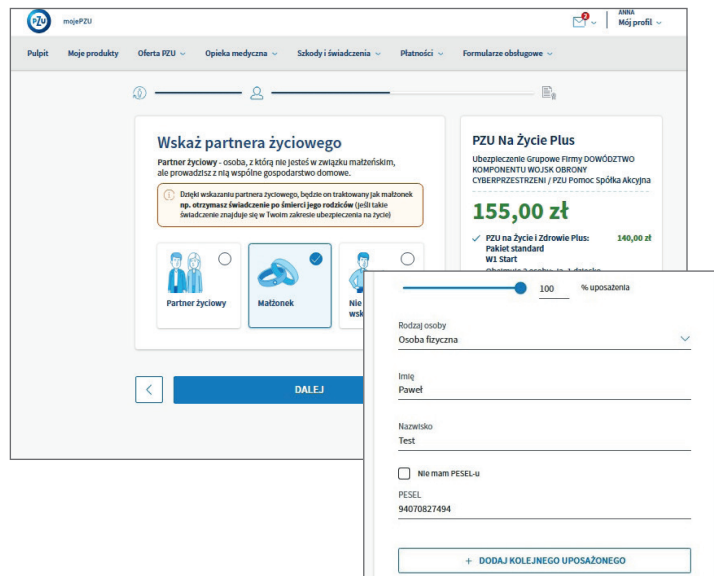
Partner życiowy albo małżonek i uposażeni

Wskaż swojego małżonka albo partnera życiowego. Możesz również nikogo nie wskazywać w tym kroku.

 Następnie kliknij Dalej.

Wprowadź dane osób, które chcesz uposażać.

 Kliknij Dalej.

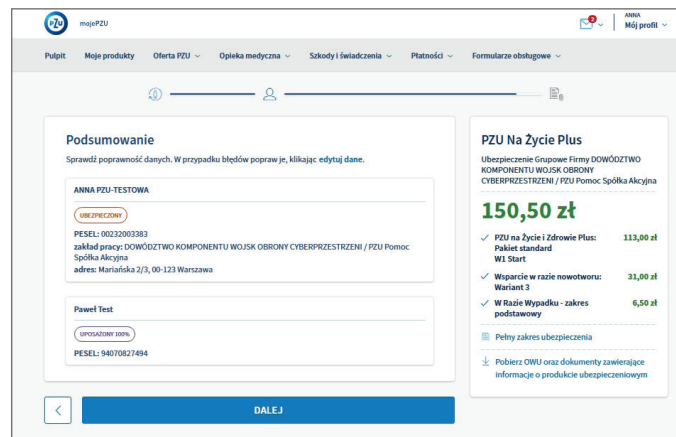


KROK 5

Podsumowanie

Sprawdź wprowadzone dane.

 Przejdź Dalej



KROK 6

Zgody i oświadczenia

Zaznacz wymagane oświadczenia i zgody.
Wyślij deklarację.

Zgody i oświadczenia

Wykaz zgody i oświadczenia dotyczących przystąpienia do Klubu PZU Pomoc w Życiu oraz grupowego ubezpieczenia

Jednorazowa zgoda na przestanie dokumentów

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgody i oświadczeń.*

Wyrażam jednorazową zgodę na przesyłanie informacji i dokumentów za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

Wydałbym na Twój e-mail informacje i dokumenty dotyczące Twojego ubezpieczenia grupowego.

Zgody i oświadczenia do zawarcia polisy

Do przystąpienia do ubezpieczenia konieczne jest udzielenie zgody i oświadczeń.*

Zaznacz wszystkie

Zgadzam się na przystąpienie do ubezpieczenia.

Zgadzam się, aby podmoje wykonawca działalności (uczestniczący w Klubie Życie SA) informacja o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich najbliższych dzieci - bez przetwarzania tych danych.

W dniu podpisywania deklaracji przystąpienia nie przebywałem na zwolnieniu lekarskim, w szpitalu ani w hospicjum.

Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu: Oświadczam dotyczące stanu zdrowia.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi oświadczeniu informacją administratora danych osobowych PZU Życie SA.

Oświadczam, że zapoznałem się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi oświadczeniu informacją administratora danych osobowych PZU Pomoc SA.

Chcę przystąpić do klubu na warunkach określonych w regulaminie klubu. Zapoznałem się z jego treścią i akceptuję go.

Zgody marketingowe - Bądź na bieżąco

Cheć otrzymywać informacje o nowościach i ofertach Grupy PZU

Zaznacz wszystkie

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA oraz jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna pod linkiem informacyjnym https://www.pzu.pl/dokumenty_pzu_pomoc) informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS, MMS).

Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Pomoc SA moich danych osobowych partnerom z grupy PZU Życie SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Żelazna SA, PZU CO SA, Link 4 TFS SA, PESA2 SA, Albo Link SA, CH i innych jednostek marketingowych, obejmujących preferencje i inne dane o określonych preferencjach lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz produktów odpowiedniej oferty.

Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Pomoc SA i jej partnerów handlowych (lista partnerów dostępna pod linkiem informacyjnym https://www.pzu.pl/dokumenty_pzu_pomoc) informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (procedura telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

Możesz zawsze wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz odwołać w każdym czasie w siedzibie lub wydziale e-mail na adres kontaktowy z adresem pismo na adres PZU SA, Proszka 18A, 00-476 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.

Dane spółek

WYŚLIJ DO ZAKŁADU PRACY

PZU Na Życie Plus

Ubezpieczenie Grupowe Firmy DOWÓDZTWO KOMPONENTU WOJSK OBRONY CYBERPRZESTRZENI / PZU Pomoc Spółka Akcyjna

150,50 zł

✓ PZU na Życie i Zdrowie Plus: 113,00 zł

✓ Pakiet standard

✓ Wzrost

✓ Wsparcie w razie nowotworu: 31,00 zł

✓ W razie wypadku - zakres podstawowy: 6,50 zł

Pełny zakres ubezpieczenia

⚡ Pobierz OWU oraz dokumenty zawierające informacje o produkcie ubezpieczeniowym



Przełącz ofertę

Jeśli chcesz, aby Twój bliski (małżonek/partner życiowy, pełnoletnie dziecko) został objęty ubezpieczeniem na życie oraz opieką medyczną (PAKIET) **przełącz ofertę po wysłaniu swojej deklaracji przystąpienia.**

Proces przystąpienia do ubezpieczenia zakończy się, gdy Twoja deklaracja otrzyma status: **„Wysłany do zakładu pracy”**. Status zobaczysz w sekcji **„Oferta PZU”** → **„Moje oferty”**.

PZU mojePZU

Pulpit Moje produkty Oferta PZU Opieka medyczna Szkody i świadczenia Płatności Formularze obsługowe

Ubezpieczenie Grupowe Firmy DOWÓDZTWO KOMPONENTU WOJSK OBRONY CYBERPRZESTRZENI / PZU Pomoc Spółka Akcyjna

Dziękujemy za przystąpienie do ubezpieczenia

Twoją deklarację wysłaliśmy do pracodawcy. Poinformujemy Cię, gdy ubezpieczenie zacznie obowiązywać.

Przełącz ofertę

Aby Twój bliski mógł skorzystać z tego ubezpieczenia, przełącz mu tę ofertę.

PRZEKAŻ

Wniosek o dokonywanie potrąceń składek

Dostarcz zgodę na potrącenia składek z wynagrodzenia do osoby obsługującej ubezpieczenie grupowe w Twoim zakładzie pracy.

[Wniosek o dokonywanie potrąceń](#)

150,50 zł

Składka za Twoje ubezpieczenie

Zdjęcie na stronie pierwszej powstało z wykorzystaniem AI.

801 102 102 pzu.pl
Opłata zgodna z taryfą operatora

