

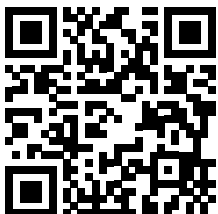
FORVIA
faurecia



Masz swoje plany, marzenia i styl życia.
My to rozumiemy.
Poznaj ubezpieczenie grupowe dla pracowników
FORVIA oraz ich bliskich

UWAGA! Aby skutecznie przystąpić do ubezpieczenia grupowego PZU Życie, należy wypełnić i złożyć deklarację przystąpienia do 25. dnia miesiąca - wtedy ochrona rozpocznie się od 1. dnia kolejnego miesiąca.

<https://www.pzu.pl/faurecia>



Zapisy elektroniczne – instrukcja str. 6

Pamiętaj o dostarczeniu do działu HR zgody
na potrącenie składki – str. 11 (ostatnia)



UBEZPIECZENIE PODSTAWOWE

Podstawowe ubezpieczenie – 4 warianty do wyboru

Każdy z nich zapewnia szeroki zakres ochrony: dla Ciebie i Twoich bliskich – na wypadek choroby, nieszczęśliwego wypadku czy pobytu w szpitalu.

Pakiety dodatkowe – wybierasz tyle, ile chcesz.

Możesz je dokupić w dowolnym momencie lub z nich zrezygnować, nie tracąc podstawowego ubezpieczenia.



Ochrona dla dziecka

2 WARIANTY



Wsparcie w razie nowotworu

1 WARIANT



Wsparcie dla Twojego Serca

1 WARIANT

Kto może przystąpić do ubezpieczenia

Do ubezpieczenia mogą przystąpić **pracownicy FORVIA** w wieku 16–75 lat oraz:



ich małżonkowie w wieku 16–69 lat albo partnerzy życiowi w wieku 18–69 lat,



pełnoletnie dzieci w wieku 18–69 lat.

Jeśli do ubezpieczenia przystępuje Twój bliski, składa własną deklarację i może wybrać inny wariant ubezpieczenia podstawowego niż pracownik.

Korzyści, które zyskujesz:

Całodobowa ochrona – ubezpieczenie działa 24/7.

Świadczenie za operację chirurgiczną – także w przypadku zabiegów spoza katalogu operacji.

Wsparcie przy diagnozie nowotworu złośliwego – wypłacamy dodatkowe świadczenie.

Świadczenie za pobyt w szpitalu – już od 1. dnia hospitalizacji, nawet do 365 dni w roku polisowym.

Ochrona także przy sporcie rekreacyjnym – obejmujemy zdarzenia powstałe podczas aktywności sportowej.

W pełni elektroniczny proces – przez mojePZU możesz: wypełnić deklarację, pobrać potwierdzenie ubezpieczenia, zmienić dane lub uposażonych oraz zgłosić świadczenie – bez papierowych dokumentów.

W zakresie ubezpieczenia ujęty został **Asystent w czasie utraty zdrowia** - jeśli nastąpi zdarzenie ubezpieczeniowe (czyli: pobyt w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem, wykonanie operacji chirurgicznych, nieszczęśliwy wypadek powodujący trwały uszczerbek na zdrowiu w wysokości co najmniej 30%), ubezpieczony będzie mógł skorzystać:

- z całodobowego Telefonicznego Serwisu Medycznego, dostarczenia niezbędnych leków, opieki nad dzieckiem, opieki nad osobą niesamodzielną, transportu medycznego,
- w godzinach 08:00-22:00 z: dostarczenia sprzętu rehabilitacyjnego, drobnych napraw domowych, opieki domowej pielęgniarstwa, opieki nad drobnymi zwierzętami domowymi, pomocy w prowadzeniu domu, przekazania do naprawy przedmiotów użytku osobistego, transportu na rehabilitację, wizyty domowej psychologa, wizyty domowej fizjoterapeuty lub masażysty, pomocy osobie wskazanej przez ubezpieczonego.

Zakres podstawowego ubezpieczenia na życie

Tabela prezentuje świadczenia skumulowane.

ZAKRES UBEZPIECZENIA	Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3	Wariant 4
WSPARCIE BLISKICH				
• śmierć ubezpieczonego	70 000 zł	85 000 zł	140 000 zł	155 000 zł
• śmierć ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	150 000 zł	200 000 zł	300 000 zł	350 000 zł
• śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym	250 000 zł	300 000 zł	500 000 zł	550 000 zł
• śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem w pracy	250 000 zł	300 000 zł	500 000 zł	550 000 zł
• śmierć ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym w pracy	350 000 zł	400 000 zł	700 000 zł	750 000 zł
• śmierć ubezpieczonego spowodowana zawałem serca lub udarem mózgu	110 000 zł	155 000 zł	260 000 zł	295 000 zł
• osierocenie dziecka	5 000 zł	6 000 zł	6 000 zł	6 000 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE				
• śmierć małżonka albo partnera życiowego	15 000 zł	19 000 zł	19 000 zł	19 000 zł
• śmierć małżonka albo partnera życiowego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	30 000 zł	40 000 zł	40 000 zł	40 000 zł
• śmierć dziecka	4 000 zł	5 000 zł	5 000 zł	5 000 zł
• śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	8 000 zł	10 000 zł	10 000 zł	10 000 zł
• śmierć rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego	2 500 zł	2 600 zł	2 600 zł	2 600 zł
• śmierć rodzica ubezpieczonego lub rodzica małżonka albo partnera życiowego ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	5 000 zł	5 500 zł	5 500 zł	5 500 zł
• urodzenie dziecka	1 500 zł	1 700 zł	1 700 zł	1 800 zł
• urodzenie martwego dziecka	3 000 zł	3 400 zł	3 400 zł	3 600 zł
WSPARCIE W RAZIE CHOROBY				
• ciężka choroba ubezpieczonego - zakres rozszerzony plus	7 000 zł	15 000 zł	26 000 zł	32 000 zł
• wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	1 750 zł	3 750 zł	6 500 zł	8 000 zł
• wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego - dodatkowe świadczenie	10 000 zł	10 000 zł	10 000 zł	10 000 zł
WSPARCIE POSZPITALNE				
• leczenie szpitalne ubezpieczonego:				
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego chorobą	60,00 zł	80,00 zł	80,00 zł	80,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	240,00 zł	320,00 zł	320,00 zł	320,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)	60,00 zł	80,00 zł	80,00 zł	80,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	300,00 zł	400,00 zł	400,00 zł	400,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	300,00 zł	400,00 zł	400,00 zł	400,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego wypadkiem komunikacyjnym w pracy (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	360,00 zł	480,00 zł	480,00 zł	480,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego zawałem serca lub udarem mózgu (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	150,00 zł	160,00 zł	160,00 zł	160,00 zł
◦ pobyt na oddziale intensywnej terapii (jednorazowo za cały pobyt)	600,00 zł	800,00 zł	800,00 zł	800,00 zł
◦ za dzień rekonwalescencji - za każdy dzień zwolnienia lekarskiego (maksymalnie za 30 dni po minimum 7-dniowym pobycie w szpitalu)	30,00 zł	40,00 zł	40,00 zł	40,00 zł
◦ poza terytorium Polski	TAK	TAK	TAK	TAK
• wykonanie operacji chirurgicznej u ubezpieczonego:				
◦ I klasa	4 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł	5 000,00 zł
◦ II klasa	2 000,00 zł	2 500,00 zł	2 500,00 zł	2 500,00 zł
◦ III klasa	1 200,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł	1 500,00 zł
◦ IV klasa	400,00 zł	500,00 zł	500,00 zł	500,00 zł
◦ V klasa	200,00 zł	250,00 zł	250,00 zł	250,00 zł
◦ spoza Wykazu operacji chirurgicznych	120,00 zł	150,00 zł	150,00 zł	150,00 zł
◦ poza terytorium Polski	TAK	TAK	TAK	TAK
WSPARCIE POWYPADKOWE				
• całkowita niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	20 000 zł	30 000 zł	40 000 zł	50 000 zł
• uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem	PODSTAWOWY	PODSTAWOWY	PODSTAWOWY	PODSTAWOWY
◦ za 1 % uszczerbku na zdrowiu wymienionego w Tabeli uszczerbków na zdrowiu w zakresie podstawowym	500,00 zł	600,00 zł	1 300,00 zł	1 450,00 zł
INDYWIDUALNA KONTYNUACJA				
• prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia	TAK	TAK	TAK	TAK
USŁUGI ASSISTANCE				
• Asystent w czasie utraty zdrowia	TAK	TAK	TAK	TAK
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBĘ	47,00 zł	61,00 zł	76,00 zł	91,00 zł

Procedury medyczne i wykaz jednostek chorobowych

Ciężka choroba ubezpieczonego - zakres rozszerzony plus:

anemia aplastyczna (niedokrwistość aplastyczna), bąblowiec mózgu, chirurgiczne leczenie choroby niedokrwiennej serca (by-pass), choroba Creutzfeldta-Jakoba, zator tętnicy płucnej, przewlekła niewydolność nerek, nowotwór złośliwy, kleszczowe zapalenie mózgu, ropień mózgu, sepsa (posocznica), tężec, udar mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym, wścieklizna, zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji, zakażenie wirusem HIV zawodowe, zawał serca, zgorzel gazowa, neuroborelioza, chirurgiczne leczenie choroby aorty brzusznej, chirurgiczne leczenie choroby aorty piersiowej, gruźlica, schyłkowa niewydolność wątroby, utrata kończyny, całkowita utrata słuchu w obydwu uszach, chirurgiczne leczenie zastawkowej wady serca, choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne), choroba Huntingtona, bakteryjne zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, zakażona martwica trzustki, bakteryjne zapalenie wsierdzia, stwardnienie rozsiane, ciężkie oparzenie, transplantacja, całkowita utrata wzroku w obydwu oczach, niezłośliwy guz mózgu, choroba Parkinsona.

Dodatkowe jednostki chorobowe : ziarniniakowatość z zapaleniem naczyń (Wegenera), choroba Alzheimera - dodatkowa jednostka chorobowa, odmrożenie, paraliż kończyn wskutek uszkodzenia rdzenia kręgowego, śpiączka, utrata mowy, bąblowica, choroba Leśniowskiego-Crohna, toczeń rumieniowaty układowy, twardzina układowa, dodatkowe świadczenie za wystąpienie nowotworu złośliwego, reumatoidalne zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zespół krótkiego jelita, wirusowe zapalenie mózgu lub opon mózgowo-rdzeniowych, limfocytoza (pseudochłoniak boreliozowy), rozpoznanie AIDS, kardiomiopatia przerostowa, poważny uraz kręgosłupa, ostre wirusowe zapalenie wątroby typu B lub C, dystrofia mięśniowa, wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium.

Karencje

Karencji nie stosuje się, jeżeli zdarzenie było spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem.

Długość karencji zgodnie z owu:

 6 miesięcy	śmierć ubezpieczonego, dziecka, małżonka, rodziców, rodziców małżonka, urodzenie martwego dziecka, osierocenie dziecka, oraz niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
 180 dni	operacje chirurgiczne ubezpieczonego,
 90 dni	- wystąpienie ciężkiej choroby ubezpieczonego, - wystąpienie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium - wystąpienie nowotworu złośliwego
 30 dni	leczenie szpitalne ubezpieczonego
 9 miesięcy	urodzenie dziecka.

Karencje nie będą obowiązywać, jeśli przystąpienie nastąpi w ciągu 3 miesięcy od zdarzenia:

- od daty zatrudnienia pracownika,
- od daty zawarcia małżeństwa z ubezpieczonym podstawowym (dla małżonka),
- od dnia ukończenia 18 lat (dla dziecka).

Zakresy pakietów dodatkowych



Ochrona dla dziecka

ZAKRES UBEZPIECZENIA - OCHRONA DLA DZIECKA	Wariant 1	Wariant 2
WSPARCIE BLISKICH		
• śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
WSPARCIE DLA CIEBIE		
• śmierć dziecka	8 000 zł	10 000 zł
• śmierć dziecka spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem	16 000 zł	20 000 zł
WSPARCIE WRAZIE CHOROBY		
• ciężka choroba dziecka	2 000 zł	15 000 zł
WSPARCIE POSZPITALNE		
• leczenie szpitalne dziecka:		
o za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (za pierwsze 14 dni pierwszego pobytu)	30,00 zł	150,00 zł
o za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (od 15 dnia pobytu)	15,00 zł	75,00 zł
WSPARCIE POWYPADKOWE		
• uszczerbek na zdrowiu dziecka spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem (wysokość wypłaty zależy od rodzaju uszczerbku)	160 zł za 1% uszczerbku	400 zł za 1% uszczerbku
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBĘ	5,00 zł	15,00 zł

W pakiecie dodatkowym Ochrona dla dziecka obowiązują standardowe karencje: 90 dni na wystąpienie ciężkiej choroby u dziecka oraz 30 dni na leczenie szpitalne dziecka.



Wsparcie w razie nowotworu

ZAKRES UBEZPIECZENIA - WSPARCIE W RAZIE NOWOTWORU	Wariant 1
WSPARCIE BLISKICH	
• śmierć ubezpieczonego	100 zł
WSPARCIE W RAZIE CHOROBY	
• ciężka choroba ubezpieczonego - zakres podstawowy	1 000 zł
• wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego - świadczenie dodatkowe	29 000 zł
• wystąpienie u ubezpieczonego nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	3 000 zł
WSPARCIE POSZPITALNE	
• leczenie szpitalne ubezpieczonego:	
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nowotworem złośliwym (do 14. dnia)	50,00 zł
◦ za dzień pobytu w szpitalu spowodowanego nowotworem złośliwym (od 15. dnia)	25,00 zł
• specjalistyczne leczenie ubezpieczonego	1 000 zł
• specjalistyczne leczenie ubezpieczonego - chemioterapia, radioterapia choroby nowotworowej, radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife choroby nowotworowej - świadczenie dodatkowe	4 000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBĘ	17,00 zł

Karencje w Pakiecie dodatkowym Wsparcie w razie nowotworu: 90 dni na wypadek zdiagnozowania nowotworu złośliwego, zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium, wystąpienie ciężkiej choroby, specjalistyczne leczenie.



Wsparcie dla Twojego serca

ZAKRES UBEZPIECZENIA PAKIET WSPARCIE DLA TWOJEGO SERCA	Wariant 1
Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu (za 100% uszczerbku)	20 000 zł
Uszczerbek na Zdrowiu Ubezpieczonego na skutek Zawału mięśnia sercowego lub Udaru mózgu za 1% uszczerbku	200 zł
Choroby układu krążenia Ubezpieczonego (8 jednostek chorobowych)	30 000 zł
Operacja na naczyniach wieńcowych bez otwarcia klatki piersiowej	7 500 zł
Udar mózgu bez utrwalonych następstw neurologicznych	7 500 zł
Małoinwazyjna operacja zastawek serca	7 500 zł
Pobyt w szpitalu Ubezpieczonego z powodu zawału lub udaru – stawka za jeden dzień (świadczenie płatne do 180. dnia w roku ubezpieczenia, od 1. do 14. dnia/po 14. dniu)	40zł/20zł
Leczenie specjalistyczne kardiologiczne	5 000 zł
SKŁADKA MIESIĘCZNA ZA OSOBĘ	13,00 zł

Karencje w pakiecie Wsparcie dla Twojego serca: 90 dni na wystąpienie ciężkiej choroby, specjalistyczne leczenie, 30 dni na pobyt w szpitalu, 180 dni na operację.

Przystąpienie do ubezpieczenia



APLIKACJA MOJE PZU



1 etap – wypełnij formularz zgłoszeniowy:

<https://www.pzu.pl/faurecia>

2 etap – przystąp do ubezpieczenia w mojePZU:

www.moje.pzu.pl lub w aplikacji mobilnej.

Po wypełnieniu formularza otrzymasz e-maila, w którym prześlemy zaproszenie do założenia konta w mojePZU, lub jeśli masz już konto, prośbę o zalogowanie się i zapoznanie z dostępną ofertą.

Jak założyć konto w mojePZU

- 1 Wejdź w link podany w otrzymanym e-mailu
- 2 Wprowadź podstawowe dane: imię, nazwisko i PESEL
- 3 Wpisz kod podany w otrzymanym e-mailu
- 4 Uzupełnij dane kontaktowe oraz oświadczenia
- 5 Wpisz otrzymany kod i dokończ rejestrację

Jak wypełnić deklarację w mojePZU

- 1 Wybierz interesujący Cię zakres ubezpieczenia
- 2 Uzupełnij brakujące dane
- 3 Wskaż uposażonych oraz partnera życiowego, jeśli posiadasz
- 4 Oznacz oświadczenia woli
- 5 Udostępnij ofertę swoim bliskim i wyślij deklarację do pracodawcy

UWAGA! Aby skutecznie przystąpić, należy wypełnić deklarację do 25. dnia miesiąca – wtedy ochrona rozpocznie się od 1. dnia kolejnego miesiąca.

Jak zmienić wariant w mojePZU

- 1 Wejdź na mojePZU, znajdź zakładkę Produkty i Oferty-> Moje Oferty. Wejdź w Szczegóły przy ofercie ubezpieczenia.
- 2 Wybierz interesujące Cię nowe warianty ubezpieczenia
- 3 Uzupełnij swoje dane
- 4 Sprawdź dane wprowadzone na formularzu przystąpienia
- 5 Zaznacz oświadczenia i wyślij swoje przystąpienie do PZU

UWAGA! Jeżeli chcesz by Twój małżonek/partner życiowy lub pełnoletnie dziecko również przystąpili do ubezpieczenia lub rozszerzyli zakres ochrony o polisę, o którą Ty rozszerzasz swoje ubezpieczenie, udostępni im ofertę.

Osoba, której udostępnisz ofertę zobaczy ją po zalogowaniu się do mojePZU.

Jeżeli Twój bliski ma już aktywną deklarację przystąpienia to podobnie jak Ty może zmienić wariant posiadanej polisy.

Jak zmienić dane w mojePZU

- 1 Wejdź na mojePZU, znajdź zakładkę Produkty i Szczegóły-> Edytuj
- 2 Wybierz jaki rodzaj danych chcesz zmienić: swoje czy uposażonych. Kliknij Edytuj przy wybranej do zmiany sekcji danych
- 3 Wprowadź zmiany
- 4 Po wprowadzeniu zmian kliknij Dalej. By zaakceptować zmiany wybierz jedną z metod potwierdzenia Twoich danych: e-mail lub SMS
- 5 Po autoryzacji wybraną metodą otrzymasz komunikat potwierdzający wprowadzone zmiany oraz wiadomość e-mail ze statusem tych zmian

UWAGA! Zmiana danych na deklaracji nie aktualizuje danych w innych ubezpieczeniach, które posiadasz ani na profilu konta mojePZU.

Przy zmianie uposażonych - suma świadczeń przysługująca uposażonym, których dane wprowadzasz na deklaracji musi być równa 100%.

Jak zrezygnować z ubezpieczenia

W celu rezygnacji z ubezpieczenia skontaktuj się z działem HR.

Co jeszcze zrobisz w mojePZU

Dzięki mojePZU zyskujesz szybki dostęp do wielu usług:

- sprawdzisz swoje polisy i dokumentację ubezpieczeniową,
- wykupisz lub umówisz wizytę lekarską,
- zgłosisz roszczenie i sprawdzisz jego status,
- kupisz online polisę PZU Auto, PZU Dom czy PZU Wojażer,
- przystąpisz do Klubu PZU Pomocni i skorzystasz z rabatów w licznych sklepach i punktach usługowych.

Wyplata świadczenia

Roszczenie można zgłosić na jeden z 4 sposobów:



za pośrednictwem aplikacji m ojePZU:

1. Wejdź na stronę moje.pzu.pl
2. Wybierz opcję „Zgłoś szkodę”
3. Wypełnij formularz i dołącz potrzebne dokumenty.



przez telefon:

wniosek można złożyć telefonicznie pod numerem telefonu 801 102 102 (opłata zgodna z taryfą operatora). Konsultant poprosi Cię o przesłanie dokumentów na wskazany adres e-mail.



osobiście:

w każdym oddziale PZU na terenie całego kraju. Placówki znajdują się na stronie: www.pzu.pl.



przez Internet:

na stronie www.pzu.pl znajduje się internetowy formularz zgłoszenia roszczenia. Należy wybrać „Zgłoś szkodę lub roszczenie”, wypełnić prosty wniosek i dołączyć zeskanowane lub sfotografowane dokumenty.



Dowiedz się więcej i przystąp online na <https://www.pzu.pl/faurecia>



Odpowiedzi na pytania i wątpliwości uzyskasz też:

Klim Brokers sp. z o.o

Ewa Łatuszyńska

tel. 609 800 633, mail: e.latuszynska@klimbrokers.pl

Klaudia Różańska

tel. 517 556 767, mail: k.rozanska@klimbrokers.pl

Tomasz Zaleski

tel. 501 936 945, mail: t.zaleski@klimbrokers.pl

PZU Życie SA

Magdalena Wdowiak

tel. 601 777 032, mail: magwdowiak@pzu.pl

Robert Pietrzak

tel. 603 860 999, mail: ropietrzak@pzu.pl

Zakładem ubezpieczeń jest PZU Życie SA. Ten materiał nie jest ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego i ma charakter wyłącznie informacyjny. Szczegółowe informacje o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach, ograniczeniach odpowiedzialności, definicjach małżonka, rodzica, rodzica małżonka albo partnera życiowego oraz dzieci znajdziesz w aktualnych ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia PZU Na Życie Plus oraz w ogólnych warunkach poszczególnych ubezpieczeń dodatkowych, dostępnych u naszych agentów.



Dokumenty

Na kolejnych stronach znajdują się dokumenty związane z przystąpieniem do ubezpieczenia. Zapoznaj się z opisem:

1. KLAUZULA INFORMACYJNA KLIM BROKERS SP. Z O.O.

Zapoznaj się z informacjami dotyczącymi przetwarzania danych osobowych.

2. FORMULARZ ZGÓD MARKETINGOWYCH Dla KLIM BROKERS Sp. z o.o.

Odłącz formularz od broszury, podaj swoje dane i zaznacz wybrane zgody marketingowe.

3. Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia dla pracownika oraz osoby bliskiej

Odłącz deklarację od broszury. Wypełnij druk oraz podpisz we wskazanych miejscach i przekaż do Działu HR. Pamiętaj że deklaracja składa się z dwóch kartek.

Jeśli do ubezpieczenia przystępuje również Twój bliski - oderwij kolejne dwie strony i przekaż do wypełnienia małżonkowi/partnerowi życiowemu lub pełnoletniemu dziecku

4. ZGODA NA POTRĄCENIE SKŁADEK

Odłącz oświadczenie od broszury. Wypełnij druk oraz podpisz we wskazanym miejscu i przekaż do Działu HR.

KLAUZULA INFORMACYJNA

KLIM BROKERS SP. Z. O.O.

Zgodnie z art. 13 ust. 1–2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) – dalej RODO – informujemy, że:

I. Administrator danych

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest KLIM BROKERS Sp. z o.o. z siedzibą w Gorzowie Wlkp. (66-400), ul. Kosynierów Gdyńskich 44, Regon 080137538 NIP 599-29-89-613, KRS nr 0000264729, organ rejestrowy Sąd Rejonowy w Zielonej Górze VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego,

II. Cele i podstawa prawna przetwarzania danych

Uzyskane dane osobowe wykorzystujemy tylko w konkretnych, prawnie uzasadnionych celach w jakich dane te zostały zebrane. Zakres danych osobowych, cel ich przetwarzania, podstawa prawna takiego przetwarzania, okres przetwarzania i kategorie odbiorców danych wynikają z wymagań prawnych ciężących na Administratorze oraz z charakteru i zakresu działań podejmowanych przez osobę, której dane dotyczą.

1. Podstawą prawną przetwarzania Pani/Pana danych jest:
 - art. 6 ust. 1 lit. b RODO w zakresie jakim przetwarzanie danych osobowych dotyczy przygotowania lub realizacji umowy, której stroną jest Pani/Pan,
 - art. 6 ust. 1 lit. a RODO w zakresie jakim przetwarzanie danych osobowych dotyczy przekazywania Pani/Panu informacji handlowych kontrahentów Administratora, na podstawie uprzednio przez Panią /Pana wyrażonej zgody,
 - art. 6 ust. 1 lit. f RODO w zakresie jakim przetwarzanie danych osobowych dotyczy marketingu własnego Administratora lub obrony praw lub dochodzenia roszczeń,
 - art. 6 ust. 1 lit. c RODO w zakresie wypełnienia obowiązków prawnych ciężących na Administratorze.
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane są wyłącznie dla celów związanych z realizacją usługi brokerskiej, rozpatrzenia reklamacji, prowadzenia przez Administratora działań marketingowych oraz ochrony praw lub dochodzenia roszczeń lub spełnienia innych obowiązków nałożonych na Administratora przepisami prawa.
3. Pani/Pana dane będą przechowywane nie dłużej niż jest to konieczne, tj. maksymalnie przez okres 10 lat od dnia rozwiązania/ wykonania Umowy (zgodnie z art. 32 ust. 3 pkt 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2017 r. o dystrybucji ubezpieczeń) lub przypadku zgody – do czasu jej cofnięcia.
4. Administrator może przekazać Pani/Pana dane podmiotom które są podwykonawcami współpracującymi z Administratorem przy przygotowaniu i realizacji umowy, w szczególności Kancelarii Brokerskiej Krzysztof Klimczak, ul. Kosynierów Gdańskich 44, 66-400 Gorzów Wlkp., podmiotów IT lub usług prawnych.
5. W oparciu o Pani/Pana dane osobowe Administrator nie będzie podejmował zautomatyzowanych decyzji, w tym decyzji będących wynikiem profilowania.

III. Przekazywanie danych poza EOG – nie występuje

IV. Prawa osoby, której dane dotyczą

Przysługuje Pani/Panu prawo do:

1. Dostępu do treści swoich danych, żądania ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.
2. Wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest prawnie uzasadniony interes Administratora.
3. Wycofania w każdej chwili zgody w zakresie, w jakim jest ona podstawą przetwarzania danych Pani/Pana danych. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.
4. Przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy lub na podstawie zgody.
5. Wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy RODO. W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem danych z Inspektorem Danych Osobowych – iodo@klimbrowsers.pl

V. Informacja o obowiązku podania danych i skutkach ich niepodania

Podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe, jednakże ich niepodanie spowoduje, że zawarcie i realizacja Umowy będą niemożliwe.

VI. Inspektor ochrony danych (IOD)

Z administratorem można się skontaktować drogą pisemną lub mailową na adres e-mail poprzez wyznaczonego Inspektora Danych Osobowych: iodo@klimbrowsers.pl
tel. +48 957 350 399 w. 35

FORMULARZ ZGÓD MARKETINGOWYCH
Dla KLIM BROKERS Sp. z o.o.

Dane wyrażającego zgodę:

Imię

Nazwisko

Adres e-mail

Nr kontaktowy

Na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a RODO:

Wyrażam zgodę na kontakt przez Klim Brokers sp. z o.o., za pośrednictwem telefonu (połączenia telefoniczne, SMS, MMS), w celu przekazywania informacji handlowych, w tym ofert Klim Brokers sp. z o.o., na podany przeze mnie numer telefonu.

☐

TAK

☐

NIE

Wyrażam zgodę na przesyłanie przez Klim Brokers sp. z o.o. informacji handlowych, w tym ofert Klim Brokers sp. z o.o., za pomocą środków komunikacji elektronicznej, na podany przeze mnie adres e-mail.

☐

TAK

☐

NIE

.....
data i czytelny podpis wyrażającego zgodę

Zgody są dobrowolne i mogą być w każdej chwili wycofane.

Numer polisy PZU Na Życie Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer deklaracji PZU Na Życie Plus

.....

Numer polisy (Wsparcie dla Twojego Serca)

Numer polisy (Ochrona dla dziecka)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie dla
Twojego Serca)

Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu)

Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)
- ☐ Pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Nazwa ubezpieczającego (zakładu pracy):

- ☐ Faurecia Automotive Polska S.A.
- ☐ Faurecia Gorzów S.A.
- ☐ Faurecia Wałbrzych S.A.
- ☐ Faurecia R&D Center S.A.

ID pracownika

Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia,
a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami 2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach 3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

[illegible]

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Kraj stałego zamieszkania _____
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail	Nr telefonu
--------	-------------

Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
-------	---------	---------------

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki: _____

 Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie.

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
☐ 47,00 zł	☐ 61,00 zł	☐ 76,00 zł	☐ 91,00 zł

Wariant I
☐ 13,00 zł

Wariant I	Wariant II
☐ 5,00 zł	☐ 15,00 zł

Wariant I
☐ 17,00 zł

i Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1				%
2				%
3				%
RAZEM				100%

 Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL [][][][][][][][] Data urodzenia [][]-[][]-[][][][]
 (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL) (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

 W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL

Data zawarcia związku małżeńskiego - -

(dotyczy małżonka)

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis ubezpieczonego podstawowego _____
(pracownika)

1. Chcę zostać objętą/ym ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały

mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj.: o przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeń zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została

przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.

3. 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. Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
4. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
- 1) nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo
 - 2) byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
 - 3) byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony (proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).
- Oświadczam, że:
- a) Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,
 - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,
 - przewlekła obturacyjna choroba płuc,
 - przewlekła niewydolność nerek,

- alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,
 - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,
- b) W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- c) W ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłem jako biorca przeszczepu wątroby, serca, nerki, płuca, szpiku, ani też nie oczekuję na taki przeszczep.

UWAGA! Jeżeli w Twoim przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe a mimo to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.

Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

5. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego Serca:

Oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, wylewem, otyłością, cukrzycą;
- 2) W ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/em się z powodu chorób wymienionych w pkt. 1) powyżej.

6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:

Oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
- 2) W ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/em się z powodu choroby nowotworowej.

7. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	☐ 8. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z Grupy PZU, tj.: PZU 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 przedstawiania odpowiedniej oferty.
Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	☐ 9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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).
Zadzwońmy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.	☐ 10. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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).
Dowiedz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	☐ 11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

Informacje

1. Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.
2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową udostępnił serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Nazwy i adresy spółek, których nazwy występują w treści zgód marketingowych

Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

Data

Podpis osoby przystępującej

Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (zakład pracy)

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny – jaki: _____

Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od --

--

Data

Pieczętka ubezpieczającego

Podpis i pieczętka albo czytelny podpis
osoby obsługującej ubezpieczenie

Numer polisy PZU Na Życie Plus
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)



Numer deklaracji PZU Na Życie Plus

[illegible]

Numer polisy (Wsparcie dla Twojego Serca)

Numer polisy (Ochrona dla dziecka)
(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer polisy (Wsparcie w razie nowotworu)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

(uzupełnia osoba obsługująca ubezpieczenie)

Numer deklaracji (Wsparcie dla
Twojego Serca)

Numer deklaracji (Ochrona dla dziecka)

Numer deklaracji (Wsparcie w razie nowotworu)

Deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia

Przystępuję jako:

- ☐ Ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)
- ☐ Pełnoletnie Dziecko ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Małżonek ubezpieczonego podstawowego
- ☐ Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Nazwa ubezpieczającego (zakładu pracy):

- ☐ Faurecia Automotive Polska S.A.
- ☐ Faurecia Gorzów S.A.
- ☐ Faurecia Wałbrzych S.A.
- ☐ Faurecia R&D Center S.A.

ID pracownika

Deklaracja zmiany danych

Wypełnij sekcję Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia,
a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły.

Określenia w tym dokumencie mają takie samo znaczenie, jak w ogólnych warunkach ubezpieczenia.



1. Wypełnij DRUKOWANYMI literami 2. Podpisz się w zaznaczonych miejscach 3. Datę wpisz w formacie DD-MM-RRRR

Dane osoby, która przystępuje do ubezpieczenia

Imię _____

Nazwisko

Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna

PESEL _____
(uzupełnij, jeśli posiadasz)

Data urodzenia --
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____
(uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Kraj stałego zamieszkania _____
(uzupełnij, jeśli jest inny niż Polska)

Dane kontaktowe osoby, która przystępuje do ubezpieczenia



Jeśli podasz swój e-mail i zaznaczysz zgody na końcu dokumentu, na Twoją skrzynkę będziemy mogli wysłać informacje o ubezpieczeniu.

E-mail	Nr telefonu
--------	-------------

Ulica	Nr domu	Nr mieszkania
-------	---------	---------------

Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Poczta _____

Kraj ☐ Polska ☐ inny – jaki:

 Informacje o wariantach znajdziesz w ofercie.

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
☐ 47,00 zł	☐ 61,00 zł	☐ 76,00 zł	☐ 91,00 zł

Wariant I
☐ 13,00 zł

Wariant I	Wariant II
☐ 5,00 zł	☐ 15,00 zł

Wariant I
☐ 17,00 zł

i Wpisz dane osób, które otrzymają świadczenie po Twojej śmierci. Jeśli tego nie zrobisz, wypłacimy je osobom wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli wypełniasz deklarację zmiany danych, wpisz wszystkie osoby, które chcesz uposażyć (nawet jeśli np. zmienia się tylko jedna z dwóch osób wskazanych w poprzedniej deklaracji).

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa podmiotu	PESEL – jeśli uposażony posiada/ REGON podmiotu	Data i miejsce urodzenia – jeśli uposażony nie posiada numeru PESEL	% świadczenia
1				%
2				%
3				%
RAZEM				100%

 Wypełnij, **jeśli nie jesteś w związku małżeńskim**, a masz partnera życiowego. Dzięki temu Twój partner będzie traktowany jako małżonek, np. otrzymasz świadczenie po śmierci jego rodziców (jeśli takie świadczenie znajduje się w Twoim zakresie ubezpieczenia).

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL [][][][][][][][][] Data urodzenia [][]-[][]-[][][][]
 (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL) (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

Miejsce urodzenia _____ Obywatelstwo ☐ polskie i/albo ☐ inne – jakie: _____
(uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL)

 W tej części swoje dane wpisuje pracownik (ubezpieczony podstawowy) na deklaracji dziecka, małżonka albo partnera życiowego.

Imię _____ Nazwisko _____

PESEL

Data zawarcia związku małżeńskiego - -

(dotyczy małżonka)

Data

--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis ubezpieczonego podstawowego _____
(pracownika)

1. Chcę zostać objętą/ym ochroną ubezpieczeniową z sumą ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie, które zostały mi doręczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia.
2. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały

mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji o moim stanie zdrowia i stanie zdrowia moich małoletnich dzieci określonych w art. 38 ust. 2 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, tj. o: przyczynach hospitalizacji i leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w ich trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach (z wyłączeniem badań genetycznych), innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została

przeprowadzona. Upoważniam nadto PZU Życie SA do występowania do powyższych podmiotów o udostępnienie PZU Życie SA kopii mojej dokumentacji medycznej i dokumentacji medycznej moich małoletnich dzieci. Wyrażam zgodę na występowanie przez PZU Życie SA do Narodowego Funduszu Zdrowia o przekazanie danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi lub moim małoletnim dzieciom świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Powyższe zgody i upoważnienie mają na celu umożliwienie PZU Życie SA ustalenia swojej odpowiedzialności i wysokości świadczenia w związku z wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie powyższych zgód i upoważnienia PZU Życie SA jest uprawniony do występowania o wymienione wyżej informacje, dane i dokumentację medyczną także po mojej śmierci lub po śmierci moich małoletnich dzieci.

3. 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. Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.
4. Dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia składane przez MAŁŻONKA, PARTNERA ŻYCIOWEGO i PEŁNOLETNIE DZIECKO, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia:
- 1) nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w PZU Życie SA albo
 - 2) byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy, albo
 - 3) byli objęci takim ubezpieczeniem co najmniej 12 miesięcy, ale bez zachowania ciągłości ochrony (proszę nie przekreślać ani nie korygować tekstu oświadczenia).
- Oświadczam, że:
- a) Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
- miażdżyca, tętniak aorty, zatorowość płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków,
 - przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka,
 - przewlekła obturacyjna choroba płuc,
 - przewlekła niewydolność nerek,

- alkoholowa choroba wątroby, toksyczne uszkodzenie wątroby, niewydolność wątroby, przewlekłe zapalenie wątroby, marskość wątroby, przewlekłe zapalenie trzustki,
 - cukrzyca (z wyłączeniem cukrzycy ciężarnych), reumatoidalne zapalenie stawów, zakażenie wirusem HIV,
- b) W ciągu ostatnich 10 lat nie zdiagnozowano u mnie żadnego nowotworu złośliwego, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych nowotworu złośliwego,
- c) W ciągu ostatnich 10 lat nie przebyłem jako biorca przeszczepu wątroby, serca, nerki, płuca, szpiku, ani też nie oczekuję na taki przeszczep.

UWAGA! Jeżeli w Twoim przypadku powyższe oświadczenie w którymkolwiek punkcie nie jest prawdziwe a mimo to przystąpisz do ubezpieczenia, PZU Życie SA, zgodnie z art. 815 Kodeksu cywilnego, może odmówić Ci świadczenia.

Oświadczenie obowiązuje o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej.

5. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie dla Twojego Serca:

Oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zlecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z następującymi schorzeniami: wadami serca, wadami zastawek serca, chorobą niedokrwienną serca, chorobą wieńcową, miażdżycą, zaburzeniami rytmu serca, zawałem serca, udarem mózgu, wylewem, otyłością, cukrzycą;
- 2) W ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/em się z powodu chorób wymienionych w pkt. 1) powyżej.

6. Dotyczy pakietu dodatkowego Wsparcie w razie nowotworu:

Oświadczam, że:

- 1) W ciągu ostatnich 6 miesięcy nie zalecono mi diagnostyki (z wyłączeniem badań profilaktycznych), hospitalizacji, operacji ani innego leczenia medycznego w związku z chorobą nowotworową;
- 2) W ciągu ostatnich 5 lat nie zdiagnozowano u mnie ani nie leczyłem/em się z powodu choroby nowotworowej.

7. Oświadczam, że zapoznałem/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych (PZU Życie SA).

Zgody marketingowe

ZOBACZ, CO ZYSKASZ:	Wstaw X w polach poniżej, jeśli się zgadzasz.
Dostęp do ofert specjalnych, zniżek i promocji wszystkich produktów Grupy PZU.	☐ 8. Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z Grupy PZU, tj.: PZU 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 przedstawiania odpowiedniej oferty.
Oferty specjalne, zniżki i promocje naszych ubezpieczeń otrzymasz e-mailem lub SMS-em/MMS-em.	☐ 9. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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).
Zadzwońmy do Ciebie, gdy będziemy mieć atrakcyjne oferty, zniżki czy promocje.	☐ 10. Wyrażam zgodę na otrzymywanie od 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).
Dowiesz się o ciekawych ofertach nawet po zakończeniu umowy.	☐ 11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

Informacje

1. Masz prawo wycofać swoją zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie, którego dotyczy Twoja zgoda. Zgodę możesz odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Zgodnie z prawem możemy przetwarzać Twoje dane do czasu wycofania zgody.
2. PZU Życie SA, aby umożliwić ubezpieczonemu zdalne wykonywanie czynności związanych z umową udostępnił serwis mojePZU. Korzystanie z mojePZU jest możliwe po zalogowaniu się oraz zaakceptowaniu przez ubezpieczonego Regulaminu mojePZU. Założenie konta na mojePZU jest możliwe na zasadach opisanych na stronie <https://moje.pzu.pl>. Korzystanie z mojePZU jest dobrowolne i nieodpłatne.

Data

Podpis osoby przystępującej



Informacja o zatrudnieniu – wypełnia ubezpieczający (zakład pracy)

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę ☐ umowa o dzieło ☐ umowa zlecenie ☐ inny – jaki: _____

Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od --

--

Data

Pieczętka ubezpieczającego

Podpis i pieczętka albo czytelny podpis
osoby obsługującej ubezpieczenie

.....
 (Imię i nazwisko Pracownika)

.....
 (miejscowość, data)

.....
 (PESEL Pracownika)

.....
 (ID Pracownika)

OŚWIADCZENIE

W związku z przystąpieniem do Programu Ubezpieczenia Grupowego PZU Życie S.A. dla spółek Faurecia w Polsce oświadczam, że **wyrażam zgodę** na potrącanie z mojego wynagrodzenia* począwszy od dnia** wartości w kwocie (suma) PLN tytułem opłacania składki/składek za Ubezpieczenie Grupowe w wybranym w deklaracji przystąpienia wariantcie dla osoby/osób wskazanych powyżej.

Składka ubezpieczenia **PRACOWNIKA:**

☐	Wariant 1- 47,00 PLN
☐	Wariant 2- 61,00 PLN
☐	Wariant 3- 76,00 PLN
☐	Wariant 4- 91,00 PLN

WARIANTY DODATKOWE:

☐	Pakiet Wsparcie w razie nowotworu- 17 PLN
☐	Pakiet Wsparcie dla Twojego Serca- 13 PLN

Składka ubezpieczenia **WSPÓŁMAŁŻONKA, PARTNERA/PARTNERKI**

.....
 (imię i nazwisko współmałżonka, partnera/partnerki)

☐	Wariant 1- 47,00 PLN
☐	Wariant 2- 61,00 PLN
☐	Wariant 3- 76,00 PLN
☐	Wariant 4- 91,00 PLN
☐	Pakiet Wsparcie w razie nowotworu-17 PLN
☐	Pakiet Wsparcie dla Twojego Serca - 13 PLN
☐	Nie ubezpieczam

PEŁNOLETNIEGO DZIECKA:

.....
 (imię i nazwisko pełnoletniego dziecka)

☐	Wariant 1- 47,00 PLN
☐	Wariant 2- 61,00 PLN
☐	Wariant 3- 76,00 PLN
☐	Wariant 4- 91,00 PLN
☐	Pakiet Wsparcie w razie nowotworu-17 PLN
☐	Pakiet Wsparcie dla Twojego Serca - 13 PLN
☐	Nie ubezpieczam

Składka ubezpieczenia **NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA - Pakiet Ochrona dla dziecka:**

.....
 (imię i nazwisko członka rodziny)

☐	Wariant 1- 5 PLN
☐	Wariant 2- 15 PLN
☐	Nie ubezpieczam

☐	Wariant 1- 5 PLN
☐	Wariant 2- 15 PLN
☐	Nie ubezpieczam

.....
 (imię i nazwisko członka rodziny)

☐	Wariant 1- 5 PLN
☐	Wariant 2- 15 PLN
☐	Nie ubezpieczam

.....
 (imię i nazwisko członka rodziny)

☐	Wariant 1- 5 PLN
☐	Wariant 2- 15 PLN
☐	Nie ubezpieczam

Zgoda na potrącenie obowiązuje do momentu złożenia rezygnacji z udziału w Programie Ubezpieczenia Grupowego lub mojego zakończenia stosunku pracy z Grupą Faurecia w Polsce. Rezygnacja z Programu Ubezpieczenia Grupowego PZU Życie S.A. odwołująca zgodę na potrącenie składki we wskazanej powyżej wysokości, wymaga formy pisemnej i skutkuje na koniec miesiąca kalendarzowego, w którym zostanie złożona Pracodawcy. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że jeżeli nie będzie możliwości potrącenia zadeklarowanej przeze mnie składki w ramach Programu Ubezpieczenia Grupowego PZU Życie S.A. z mojego wynagrodzenia za pracę, zasiłku na wypadek choroby lub macierzyństwa w odpowiedniej wysokości, zostaną skreślony/a z listy osób ubezpieczonych, a moja ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie, o czym zostałem poinformowany i wyrażam na to zgodę.

.....
 (Podpis pracownika)

* Potrącenie następuje „z góry” z wynagrodzenia miesięcznego wyliczonego w kwocie netto, to znaczy składka na Ubezpieczenie Grupowe za kolejny miesiąc potrącana jest z wynagrodzenia do wypłaty za miesiąc poprzedni.

** Należy wpisać datę pierwszego dnia miesiąca przypadającego przed początkiem przystąpienia do Programu Ubezpieczenia Grupowego. Potrącenie składki za ubezpieczenie następuje „z góry”. Patrz: przypis powyżej.

Oświadczam, że Pracodawca poinformował mnie o możliwości przystąpienia do Programu Ubezpieczenia Grupowego PZU Życie S.A. dla spółek Faurecia w Polsce. **Nie wyrażam zgody** na przystąpienie do tego Programu i niniejszym rezygnuję z udziału w nim.

W przypadku zmiany mojej decyzji informuję Pracodawcę oraz wypełnię stosowne dokumenty uprawniające do objęcia Ubezpieczeniem Grupowym.

.....
 (Podpis pracownika)

