



Druk zmiany danych osobowych Ubezpieczonego w ramach Umowy generalnej ubezpieczenia PZU DOM Grupy

Na podstawie § 36 ust 9 Ogólnych warunków ubezpieczenia PZU DOM Grupy zgłaszam zmianę danych osobowych zawartych w złożonej deklaracji przystąpienia nr¹ zawartej w ramach Umowy ubezpieczenia PZU DOM Grupy nr². Dane podane w zgłoszeniu zmiany danych zastępują dane podane na deklaracji przystąpienia.

Dane osobowe

Imię i nazwisko											
PESEL											
Obywatelstwo											
Rodzaj dokumentu tożsamości											
Seria i numer dokumentu tożsamości											

Dane kontaktowe³

ulica		numer domu		numer lokalu	
- - - - -					
kod pocztowy		miejscowość			
telefon stacjonarny		telefon komórkowy		email	

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.

o Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO, 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.

o Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).

o Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.

o Wyrażam zgodę na przesyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuję się uaktualnić moje dane, dzięki którym będę otrzymywał informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.

o Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można 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. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

PEŁNA INFORMACJA O SPÓŁKACH

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	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
9. PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Grzybowska 53/57, 00-950 Warszawa
10. Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

¹ numer deklaracji w eRU; pole uzupełniane przez Ubezpieczającego przed wypełnieniem dokumentu przez Ubezpieczonego,

² pole uzupełniane przez Ubezpieczającego przed wypełnieniem dokumentu przez Ubezpieczonego,

³ zmiana adresu nie powodująca zmiany miejsca ubezpieczenia lub przedmiotu ubezpieczenia.

miejsowość, data

podpis Ubezpiezonego

miejsowość, data

podpis Ubezpieczającego