

Numer polisy
Numer deklaracji



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

DEKLARACJA ZMIANY

WZÓR - Pkt 1 ŚCIĄGA

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

I Dane dotyczące ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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

Pan Pani Imię J A N

K O W A L S K I

Nazwisko

0 1 - 0 1 - 1 9 9 0

Warszawa

Miejsce urodzenia

9 0 0 1 0 1 1 1 1 1 1

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Warszawa

Miejscowość

Niewiadoma

Ulica

2 Nr domu 1 Nr lokalu

0 0 - 0 0 0 0 Warszawa

Kod pocztowy Poczta

1 2 3 4 5 6 7 8 9 jankowska@poczta.pl

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II łączna wysokość składek

61,06 zł WARIANT II

III Assistance – 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 ubezpieczonego podstawowego (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Podpis partnera życiowego

