

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer deklaracji typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer polisy typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer deklaracji typ P Plus – wariant uzupełniający



* 9 2 7 8 0 6 P G E 2 0 1 *

Numer polisy typ P Plus – wariant uzupełniający

Numer deklaracji typ P Plus – wariant uzupełniający



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

DEKLARACJA ZMIANY (wypełnij sekcję Dane dotyczące ubezpieczonego, a w pozostałych sekcjach tylko te dane, które się zmieniły)

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)

Przystępuję jako: ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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

Pan Pani Imię

Nazwisko

D D - M M - R R R R R

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

-

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki (wybrany wariant proszę zaznaczyć znakiem X)

Wybieram ubezpieczenie typ P Plus (wpisz wysokość składki i numer wariantu): ze składką zł, wariant: .

Wybieram ubezpieczenie typ P Plus – warianty uzupełniające:

Wariant 1	Wariant 2	Wariant 3
<input type="checkbox"/> 13,00 zł	<input type="checkbox"/> 18,98 zł	<input type="checkbox"/> 16,59 zł

III Assistance – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

IV Partner życiowy – 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).

Pan Pani Imię

Nazwisko

D D - M M - R R R R R

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)

PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

Obywatelstwo Polskie Inne

