

Numer polisy

Numer deklaracji



* 9 2 8 8 0 1 0 1 *



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

(dalej Klub)
Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu

na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:

ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332

a
PZU Życie SA z siedzibą przy al. Jana Pawła II 24, 00-133 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

DEKLARACJA ZMIANY

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

I Dane osoby przystępującej do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

ubezpieczony podstawowy

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

Pan Pani Imię

Nazwisko

--

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek za ubezpieczenie

zł

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

Doraźna Ochrona Medyczna

Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

Wybieram zakres: podstawowy (ubezpieczony) rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

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

