

Numer polisy
Numer deklaracji

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

(proszę zakreślić odpowiednie pole)

pracowniczego typ P Plus **na życie typ P** **na życie Pełnia Życia**

I UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH

Zmiana deklaracji z powodu (proszę zakreślić odpowiednie pole)

- zmiany zakresu ubezpieczenia zmiany danych ubezpieczonego zmiany uposażonych (unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonych osoby wymienione w części V) wskazania bądź zmiany partnera życiowego

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)

- osoba pozostająca w stosunku prawnym z ubezpieczającym (np. pracownik) małżonek nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym
 dziecko nie pozostające w stosunku prawnym z ubezpieczającym partner życiowy nie pozostający w stosunku prawnym z ubezpieczającym

Pani Pan - -
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
Miejsce urodzenia

Nazwisko
Imię
PESEL

Obywatelstwo: polskie
Inne
Kraj stałego zamieszkania ¹⁾

Adres do korespondencji:

Ulica
Nr domu Nr lokalu
 -
Kod pocztowy Miejscowość Poczta
 Kraj: Polska (nazwa) inny
Telefon kontaktowy E-mail

¹⁾ proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.

II. Łączna wysokość składek

zł

Wysokość miesięcznego wynagrodzenia brutto

zł ²⁾

Upoważniam ubezpieczającego do potrącania składek za ubezpieczenie z mojego wynagrodzenia za pracę lub innych wypłat i przekazywania ich do PZU Życie SA (oświadczenie dotyczy wyłącznie osoby pozostającej w stosunku prawnym z ubezpieczającym).

²⁾ proszę wypełnić w przypadku przystępowania do ubezpieczenia Pełnia Życia tylko wówczas, gdy suma ubezpieczenia określana jest jako wielokrotność miesięcznego wynagrodzenia brutto. Zmiana wysokości wynagrodzenia nie powoduje zmiany wysokości sumy ubezpieczenia

III. Assistance

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Doraźna Ochrona Medyczna

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

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Medyczny Ekspert Domowy bądź do grupowego ubezpieczenia zagranicznej konsultacji medycznej

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

Należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia Asystent w czasie utraty zdrowia

Wybieram dodatkowe grupowe ubezpieczenie Asystent w czasie utraty zdrowia (dotyczy wyłącznie osób przystępujących do grupowego ubezpieczenia pracowniczego typ P Plus)

W celu realizacji świadczeń Assistance proszę dzwonić pod nr tel. 801 102 102 (nie dotyczy świadczenia zagranicznej konsultacji medycznej)

IV. Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pani Pan - -
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)
Miejsce urodzenia

Nazwisko
Imię
PESEL

Obywatelstwo: polskie
Inne
Podpis partnera życiowego

V. Uposażeni (w przypadku nie wskazania uposażonych, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia)

Lp.	Nazwisko i imię/ Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1.				<input type="text"/> %
2.				<input type="text"/> %

