

Deklaracja Mażonka - wzór

Numer polisy

 Numer deklaracji



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 Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332
 a
 PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 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)

Przystępuję jako: ubezpieczony podstawowy
 ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

ANNA

 Pan Pani Imię

NOWAK

 Nazwisko

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

Mięscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta

Telefon kontaktowy E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki *proszę zaznaczyć jeden wybrany wariant*

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V	Wariant VI
<input checked="" type="checkbox"/> 65,85 zł	<input type="checkbox"/> 68,50 zł	<input type="checkbox"/> 75,05 zł	<input type="checkbox"/> 76,90 zł	<input type="checkbox"/> 84,75 zł	<input type="checkbox"/> 82,20 zł

III Partner życiowy (wskazując jako partnera życiowego następującą osobę)

Mażonka NIE WYPEŁNIA tej części

Pan Pani Imię Nazwisko

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

IV Uposażenia (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	<i>Proszę opisać dane osób upoważnionych do</i>			<input checked="" type="checkbox"/> %
2	<i>otrzymania świadczenia w przypadku śmierci</i>			<input checked="" type="checkbox"/> %
3	<i>osoby ubezpieczonej niskieźnej w części I.</i>			<input checked="" type="checkbox"/> %
Razem				100 %

