

# Deklaracja Pełnoletniego Dziecka Pracownika - WZÓR -

□□□□□□□□□□

Numer polisy

\_\_\_\_\_

Numer deklaracji



\* 9 2 8 8 0 5 M P K L 0 1 \*



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

### 1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

MPK-tODZ SP. 20.0. (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

MONIKA \_\_\_\_\_  
Pan Pani Imię

NOWAK \_\_\_\_\_  
Nazwisko

07-03-2004 \_\_\_\_\_ tODZ \_\_\_\_\_ 04230703030  
Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL) Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL) obowiązkowo! PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo  Polskie  Inne \_\_\_\_\_  
lub \_\_\_\_\_  
Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>

### Adres do korespondencji

tODZ \_\_\_\_\_  
Miejscowość

KOLEJOWA \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_ 7 \_\_\_\_\_  
Ulica Nr domu Nr lokalu

55-555 \_\_\_\_\_ tODZ \_\_\_\_\_  
Kod pocztowy Poczta

333-333-333 \_\_\_\_\_  
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)

\_\_\_\_\_ *wypełnia tylko ubezpieczony pozostający w związku małżeńskim*  
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) obowiązkowo! PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)

Obywatelstwo  Polskie  Inne \_\_\_\_\_

### IV 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	<i>Proszę napisać dane osób uprawnionych do</i>			<input type="checkbox"/> %
2	<i>otrzymania świadczenia w przypadku śmierci</i>			<input checked="" type="checkbox"/> %
3	<i>osoby ubezpieczonej wskazanej w części I.</i>			<input checked="" type="checkbox"/> %
Razem				<input type="checkbox"/> 100 %



