

Numer polisy

Numer deklaracji



\* 7 9 9 1 0 3 0 1 \*



## DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

DEKLARACJA ZMIANY

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)

ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

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 zamieszkania<sup>1</sup>

### Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj  Polska  Inny (nazwa)

### II Łączna wysokość składek

zł

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 ubezpieczonego podstawowego).

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

**Doraźna Ochrona Medyczna**

Wybieram zakres:  podstawowy (ubezpieczony)

rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

**Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej**

Wybieram zakres:  zakres podstawowy (ubezpieczony)

zakres rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczeni)

**Asystent w czasie utraty zdrowia**

### IV Partner życiowy

Pan  Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo  Polskie  Inne

Podpis partnera życiowego

