

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy PZU W RAZIE WYPADKU

Numer deklaracji PZU W RAZIE WYPADKU



* 9 2 8 8 0 4 W R P L 0 1 *

Numer polisy lekowej

Numer deklaracji lekowej



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 000030211, 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 dotyczące ubezpieczonego (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: 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 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

Składka łączna za ubezpieczenie P Plus, PZU W RAZIE WYPADKU i Lekowe zł

zł (grupowe ubezpieczenie typ P Plus)

zł (grupowe ubezpieczenie PZU W RAZIE WYPADKU)

Grupowe ubezpieczenie lekowe PZU Opieka Medyczna

Składka (życie) zł Suma ubezpieczenia (życie) zł

Składka (zdrowie) zł Suma ubezpieczenia (zdrowie) zł

Warunki ubezpieczenia: kod zakresu leków % współpłacenia % kwota ochrony dodatkowej zł

III Assistance (nie dotyczy grupowego ubezpieczenia PZU W RAZIE WYPADKU) – należy wypełnić w przypadku przystępowania do grupowego ubezpieczenia:

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

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

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo Polskie Inne

Podpis partnera życiowego

