

Numer polisy

Numer deklaracji



* 9 2 7 8 0 5 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)

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 ☐ InneKraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Pocztą

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj ☐ Polska ☐ Inny (nazwa)

II Łączna wysokość składek

 zł

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

Wybieram Doraźna Ochrona Medyczna

zakres: ☐ podstawowy (ubezpieczony) ☐ rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

Wybieram Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej

zakres: ☐ podstawowy (ubezpieczony) ☐ rozszerzony (ubezpieczony i współubezpieczony)

Wybieram Asystent w czasie utraty zdrowia

☐

IV Partner życiowy (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

☐ Pan ☐ Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

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				%
2				%
3				%
Razem				100 %

Szczecin, dnia r.

.....
(imię i nazwisko)

**Zgoda pracownika na dokonywanie potrąceń
z wynagrodzenia za pracę i dokonywania opłat z zasiłków z ubezpieczenia
społecznego**

Oświadczam, że wyrażam zgodę na potrącanie przez pracodawcę z mojego wynagrodzenia za pracę kwoty składki za ubezpieczenie grupowe w PZU Życie SA w wysokości miesięcznie, poczynwszy od wynagrodzenia za (podać rok i miesiąc)
.....

Ponadto proszę, aby w przypadku pobierania przeze mnie zasiłków z ubezpieczenia społecznego pracodawca dokonywał potrąceń powyższej kwoty z przysługującego mi świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego¹.

.....
(podpis pracownika)

¹ choroba, macierzyństwo, uprawnienia rodzicielskie, świadczenie rehabilitacyjne oraz świadczenia pieniężne należne z ubezpieczenia wypadkowego.