

Numer polisy

Numer deklaracji



\* 9 2 8 8 0 1 0 1 \*



## 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 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)

ubezpieczony podstawowy

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 za ubezpieczenie

zł

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

**Doraźna Ochrona Medyczna**

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

**Medyczny Ekspert Domowy / zagranicznej konsultacji medycznej**

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

**Asystent w czasie utraty zdrowia**

## IV Partner życiowy ubezpieczonego podstawowego (wskazuję jako partnera życiowego następującą osobę)

Pan  Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia

Miejsce urodzenia

PESEL

Obywatelstwo  Polskie  Inne

Podpis partnera życiowego

