



DEKLARACJA ZGODY NA OBJĘCIE UMOWĄ GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE DLA CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA UBEZPIECZAJĄCEGO

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami

I. UBEZPIECZAJĄCY

	Numer polisy
--	--------------

II. UBEZPIECZONY (PROSIMY ZAKREŚLIĆ WŁAŚCIWY KWADRAT)

<input type="checkbox"/>	Małżonek ubezpieczonego pracownika	<input type="checkbox"/>	Dziecko ubezpieczonego pracownika
Nazwisko			
Imiona			
Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)	Miejsce urodzenia
PESEL		Data potrącenia pierwszej składki ubezpieczeniowej	
Dokument stwierdzający tożsamość		Numer dokumentu	
Data zatrudnienia pracownika, którego małżonek/dziecko składa deklarację		Data zawarcia związku małżeńskiego z pracownikiem (dotyczy małżonków)	

III. DANE ADRESOWE (PROSIMY O PODANIE STAŁEGO ADRESU ZAMIESZKANIA)

Kraj	Miejscowość	Kod	
Pocшта	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy	
Fax	E-mail		

IV. ADRES KORESPONDENCYJNY (PROSIMY WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ STAŁY ADRES ZAMIESZKANIA)

Kraj	Miejscowość	Kod	
Pocшта	Ulica	Numer domu	Numer lokalu
Skrytka pocztowa			

V. DANE PRACOWNIKA, KTÓREGO MAŁŻONEK/DZIECKO SKŁADA DEKLARACJĘ

Nazwisko	Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok)
Imiona	

VI. UBEZPIECZENIE

Typ ubezpieczenia: Grupowe Ubezpieczenie na Życie Pracowników i ich Rodzin Hestia Rodzina	Data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej
Suma ubezpieczenia	

VII. ŚWIADCZENIA

--

VIII. SKŁADKA

Wysokość składki regularnej	Częstotliwość opłacania składki regularnej	Procentowy udział ubezpieczonego w składce regularnej	Procentowy udział ubezpieczającego w składce regularnej
-----------------------------	--	---	---

