

PEŁNOMOCNICTWO



Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie następstw ciężkich chorób (PZU Z miłości do zdrowia)

Wypełnij wniosek drukowanymi literami, czarnym lub niebieskim długopisem.

Ja niżej podpisany/podpisana

Imię i nazwisko ubezpieczonego

PESEL

upoważniam

Imię i nazwisko

PESEL

Numer telefonu/email

do wykonywania w moim imieniu wszelkich czynności związanych z:

☐ złożeniem wniosku o realizację usług medycznych

☐ organizacją przysługujących mi usług medycznych, w szczególności: umawiania terminów konsultacji lekarskich i badań, kontakt z opiekunem

Data

Podpis ubezpieczonego

Pełnomocnictwo przyjmuję

Data

Podpis pełnomocnika

¹ Proszę zaznaczyć odpowiednie pole.