



OŚWIADCZENIE o wyborze wariantu
dotyczy deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego

Dane PRACOWNIKA przystępującego do ubezpieczenia

- Wariant **77,80 zł**
- WRW I **6,50 zł** WRW II **12 zł**
- Wsparcie na wypadek wystąpienia nowotworu **21 zł** **31 zł** **47 zł**
- Ochrona dla Dziecka **15 zł** **23 zł** **35 zł**
- Karta Lekowa zniżka 80% na leki **6 zł**
- Opieka Medyczna zakres: **START** **26,90 zł**; **KOMFORT** **50,35 zł** ;
KOMFORT PLUS **81,10 zł**; **OPTIMUM** **119,65 zł**

Imię i nazwisko

PESEL

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania
(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy)

Telefon kontaktowy/ email:

Data zatrudnienia

Osoba uposażona (osoba, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego)
(imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres z kodem pocztowym) :

.....
.....

Dodatkowo do ubezpieczenia chcę dołączyć współmałżonka/partnera życiowego

(za opłatą dodatkowej składki) :

- Wariant **77,80 zł**
- WRW I **6,50 zł** WRW II **12 zł**
- Wsparcie na wypadek wystąpienia nowotworu **21 zł** **31 zł** **47 zł**
- Ochrona dla Dziecka **15 zł** **23 zł** **35 zł**
- Karta Lekowa zniżka 80% na leki **6 zł**
- Opieka Medyczna zakres: **START** **26,65 zł**; **KOMFORT** **50,10 zł** ;
KOMFORT PLUS **80,85 zł**; **OPTIMUM** **119,40 zł**

Dane współmałżonka/partnera życiowego:

Imię i nazwisko

PESEL

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy)

Telefon kontaktowy, adres e-mail:

Data zawarcia związku małżeńskiego (współmałżonek)

Osoba uposażona (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres z kodem pocztowym) :

.....

.....

Dodatkowo do ubezpieczenia chcę dołączyć (za opłatą dodatkowej składki) :

pełnoletnie / niepełnoletnie dziecko

Wariant **77,80 zł**

WRW I **6,50 zł** WRW II **12 zł**

Wsparcie na wypadek wystąpienia nowotworu **21 zł** **31 zł** **47 zł**

Ochrona dla Dziecka **15 zł** **23 zł** **35 zł**

Karta Lekowa zniżka 80% na leki **6 zł**

Opieka Medyczna zakres: **START** **26,65 zł;** **KOMFORT** **50,10 zł ;**

KOMFORT PLUS **80,85 zł ;** **OPTIMUM** **119,40 zł**

Dane dziecka pełnoletniego:

Imię i nazwisko

PESEL

Miejsce urodzenia

Adres zamieszkania

(ulica, nr domu, nr mieszkania, kod pocztowy)

Telefon kontaktowy, adres e-mail:

Data ukończenia 18 rż:

Osoba uposażona (imię, nazwisko, data i miejsce urodzenia, adres z kodem pocztowym) :

.....

.....

Data i podpis osoby przystępującej do ubezpieczenia