OŚWIADCZENIE o wyborze wariantu
dotyczy deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego

Dane PRACOWNIKA przystępującego do ubezpieczenia

☐ **Wariant 76,30 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**

☐ **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 76,30 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**

☐ **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 76,30 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**

☐ **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