



<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer polisy Dodatkowa Ochrona Zdrowia										Numer polisy Wsparcie Onkologiczne									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Zdrowia										Numer deklaracji Wsparcie Onkologiczne									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer polisy Dodatkowa Ochrona Życia										Numer polisy PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Numer deklaracji Dodatkowa Ochrona Życia										Numer deklaracji PNŻ Plus (Wsparcie dla rodziny)									
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Numer polisy PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)										Numer polisy PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									
Numer deklaracji PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)										Numer deklaracji PNŻ Plus (Ochrona dla dziecka)									
<input type="text"/>										<input type="text"/>									

## DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA

☐ **DEKLARACJA ZMIANY**

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

**I Dane dotyczące ubezpieczonego** (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ☐ ubezpieczony podstawowy (np. pracownik)

ubezpieczony bliski: ☐ małżonek ubezpieczonego podstawowego ☐ dziecko ubezpieczonego podstawowego ☐ partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

☐ Pan    ☐ Pani    Imię \_\_\_\_\_

Nazwisko

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)      Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)      PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

**Obywatelstwo** ☐ Polskie ☐ Inne

**Kraj stałego zamieszkania<sup>1</sup>**

**Adres do korespondencji**

\_\_\_\_\_

Miejscowość

Ulica \_\_\_\_\_ Nr domu \_\_\_\_\_ Nr lokalu \_\_\_\_\_

<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin-bottom: 2px;"> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> <div style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; margin: 0 2px;"></div> </div>
---

Kod pocztowy \_\_\_\_\_ Poczta \_\_\_\_\_

[illegible]

Telefon kontaktowy \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Kraj ☐ Polska Inny (nazwa)

## II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki

### Grupowe ubezpieczenie typ P Plus

Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV
<input type="checkbox"/> 48,00 zł	<input type="checkbox"/> 89,00 zł	<input type="checkbox"/> 107,00 zł	<input type="checkbox"/> 120,00 zł
Wariant V	Wariant VI	Wariant VII	Wariant VIII
<input type="checkbox"/> 123,00 zł	<input type="checkbox"/> 146,00 zł	<input type="checkbox"/> 175,00 zł	<input type="checkbox"/> 192,00 zł

### **Dodatkowa Ochrona Zdrowia**

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 13,98 zł	<input type="checkbox"/> 24,90 zł

## Dodatkowa Ochrona Życia

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 25,90 zł	<input type="checkbox"/> 39,50 zł

**Pakiet dodatkowy Wsparcie Onkologiczne** (możliwość wyboru obu wariantów)

Zakres ubezpieczenia	Wysokość świadczenia	
	Wariant I ☐ 12,00 zł	Wariant II ☐ 17,00 zł
Śmierć ubezpieczonego	100 zł	100 zł
Ciężka choroba w wariantie podstawowym	1 000 zł	1 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego: <ul style="list-style-type: none"> <li>ubezpieczony, który nie ukończył 45 roku życia</li> <li>ubezpieczony, który ukończył 45 rok życia i nie ukończył 55 roku życia</li> <li>ubezpieczony, który ukończył 55 rok życia</li> </ul>	25 000 zł	41 000 zł
	10 000 zł	17 000 zł
	3 000 zł	5 000 zł
Zdiagnozowanie nowotworu złośliwego we wczesnym stadium	600 zł	1 000 zł
Specjalistyczne leczenie	1 000 zł	1 000 zł
Chemioterapia/radioterapia/radioterapia Gamma Knife lub Cyber Knife	3 000 zł	5 000 zł

Wariant I	Wariant II
<input type="checkbox"/> 6,50 zł	<input type="checkbox"/> 12,00 zł

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 6,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,50 zł	<input type="checkbox"/> 14,50 zł

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 5,00 zł	<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 15,00 zł

Wariant I	Wariant II	Wariant III
<input type="checkbox"/> 10,00 zł	<input type="checkbox"/> 16,00 zł	<input type="checkbox"/> 24,00 zł

<input type="checkbox"/> Pan	<input type="checkbox"/> Pani	Imię		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Nazwisko				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	- <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Data urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)			Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli partner życiowy nie posiada numeru PESEL lub nie przystępuje do ubezpieczenia)	PESEL (uzupełnij, jeśli partner życiowy posiada numer PESEL i będzie przystępować do ubezpieczenia)
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Polskie	Inne		

Lp.	Nazwisko i imię / Nazwa	Data i miejsce urodzenia / REGON	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1				<div><div></div><div></div><div></div></div> %
2				<div><div></div><div></div></div> %
3				<div><div></div><div></div></div> %
			<b>Razem</b>	<div><div>1</div><div>0</div><div>0</div></div> %

1. Nigdy nie zdiagnozowano u mnie żadnej z niżej wymienionych chorób, ani też nie jestem w trakcie diagnostyki objawów chorobowych żadnej z nich:
  - 1) miażdżca, tętniak aorty, zatorowości płucna, zakrzepica żylna, choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa), zawał serca, zastawkowa wada serca, migotanie przedsionków;
  - 2) przemijające zaburzenia krążenia mózgowego, krwotok śródczaszkowy, udar mózgu, choroba Alzheimera, stwardnienie rozsiane, padaczka;
  - 3) przewlekła obturacyjna choroba płuc;
  - 4) przewlekła niewydolność nerek;

5. ☐ Wyrażam zgodę na udostępnienie przez PZU Życie SA moich danych osobowych podmiotom z grupy PZU, tj. PZU SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA, w ich własnych celach marketingowych, obejmujących profilowanie zmierzające do określania preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych oraz przedstawiania odpowiedniej oferty.
6. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej (e-mail, SMS/MMS).
7. ☐ Wyrażam zgodę na otrzymywanie od PZU SA, PZU Życie SA, PTE PZU SA, TFI PZU SA, PZU Pomoc SA, PZU Zdrowie SA, PZU CO SA, Link4 TU SA, PEKAO SA, Alior Bank SA informacji marketingowych za pośrednictwem połączeń głosowych (rozmowa telefoniczna, komunikaty głosowe IVR).
8. ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez PZU Życie SA w celu przekazywania mi treści marketingowych dotyczących produktów ubezpieczeniowych i innych produktów finansowych, kiedy nie będę posiadać ubezpieczenia w tej firmie.
9. ☐ Wyrażam zgodę na przysyłanie informacji, które mają związek z moim ubezpieczeniem w PZU Życie SA za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, w tym wiadomości SMS/MMS lub e-mail, na wskazany przeze mnie numer telefonu lub adres mailowy. W razie zmiany podanych przeze mnie danych kontaktowych, zobowiązuje się uaktualnić moje dane, dzięki którym będę otrzymywać informacje za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
10. **Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Informacja Administratora danych osobowych.**

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, na Pani/Pan prawo jej wycofania. Zgodę można odwołać w każdym czasie w oddziale lub wysyłając e-mail na adres kontakt@pzu.pl albo pismo na adres PZU, ul. Postępu 18a, 02-676 Warszawa. Wycofanie zgody nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania dokonanego na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

□□-□□-□□□□  
Data (dd-mm-rrrr)

**Podpis osoby przystępującej**

Data zawarcia związku małżeńskiego (proszę wypełnić na deklaracji małżonka, gdy przystępuje on do ubezpieczenia) (dd-mm-rrrr)		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Nazwisko ubezpieczonego podstawowego	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię ubezpieczonego podstawowego	<input type="text"/>	PESEL ubezpieczonego podstawowego
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Data (dd-mm-rrrr)	Podpis ubezpieczonego podstawowego	

VII Wypełnia ubezpieczający

Rodzaj stosunku prawnego łączącego ubezpieczonego podstawowego z ubezpieczającym:

☐ umowa o pracę

☐ umowa o dzieło

☐ umowa zlecenie

☐ inny

Jaki?

Ubezpieczony podstawowy pozostaje w stosunku prawnym z ubezpieczającym od (dd-mm-rrrr) --<sup>4</sup>

--

Data (dd-mm-rrrr)

Pieczęć ubezpieczającego

Pieczętka i podpis osoby obsługującej ubezpieczenie

Pełne nazwy spółek

Lp.	Skrócona nazwa spółki	Pełna nazwa spółki	Adres siedziby
1	PZU SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
2	PZU Życie SA	Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
3	PTE PZU SA	Powszechne Towarzystwo Emerytalne PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
4	TFI PZU SA	Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych PZU Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
5	PZU Pomoc SA	PZU Pomoc Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
6	PZU Zdrowie SA	PZU Zdrowie Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
7	PZU CO SA	PZU Centrum Operacji Spółka Akcyjna	Rondo Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa
8	Link4 TU SA	LINK4 Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna	ul. Postępu 15, 02-676 Warszawa
9	PEKAO SA	Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna	ul. Żubra 1, 01-066 Warszawa
10	Alior Bank SA	Alior Bank Spółka Akcyjna	ul. Łopuszańska 38D, 02-232 Warszawa

<sup>1</sup>Proszę wypełnić w przypadku, gdy kraj stałego zamieszkania jest inny niż Polska.  
<sup>2</sup>Dotyczy dodatkowych grupowych ubezpieczeń związanych z życiem i zdrowiem dziecka.  
<sup>3</sup>W przypadku zgody proszę wstawić X w pole ☐ (niezaznaczenie pola oznacza brak zgody).  
<sup>4</sup>Dotyczy ubezpieczonego podstawowego, jeżeli deklarację składa ubezpieczony bliski.