

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORĘCZENIE WARUNKÓW UMOWY UBEZPIECZENIA NA TRWAŁYM NOŚNIKU

Wyrażam zgodę na doręczenie mi ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych oraz Umowy ubezpieczenia grupowego, której stronami są Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group i Nazwa i siedziba Ubezpieczającego.....
....., na trwałym nośniku w postaci płyty kompaktowej.

data przed początkiem odpowiedzialności

Anna Nowak

Podpis Anny Nowak

Data, miejscowość

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

Pracownik Małżonek Partner Pełnoletnie dziecko



VIENNA INSURANCE GROUP

← ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNI STATUS

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY

NR POLISY / WNIOSKU _____

RDS _____

UBEZPIECZAJĄCY

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej

UZUPEŁNIĆ

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię NOWAK ANNA

Data urodzenia 02 02 1999 PESEL 99020203040 Seria i numer dokumentu tożsamości BCD 345687 Płeć M F

Obywatelstwo POLSKIE E-mail ANNA.NOWAK@MAIL.COM

Adres zamieszkania UL. MARSZAŁKOWSKA 3, 02-324 WARSZAWA

Adres do korespondencji _____

Nr tel. 500200300 Zawód wykonywany NAUCZYCIEL

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. <u>KOWALSKI JAN</u>	<u>100</u>	<u>99010102030</u>	<u>PARTNER</u>
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

SKŁADKA

ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNĄ STAWKĘ

Składka ubezpieczeniowa: wariant I: 46,50 zł

wariant II: 67,00 zł

wariant III: 95,00 zł

DANE PRACOWNIKA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY DO UMOWY UBEZPIECZENIA PRZYSTĘPUJE MAŁŻONEK* / PARTNER* / PEŁNOLETNIE DZIECKO*)

Nazwisko i imię Pracownika KOWALSKI JAN

PESEL Pracownika 99010102030 Data zawarcia związku małżeńskiego D, D, - M, M, - R, R, R, R,

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszanej przeze mnie osoby ubezpieczanej z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia).
Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie do Umowy ubezpieczenia: w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

data przed początkiem odpowiedzialności

WARSZAWA

PODPIS JANA KOWALSKIEGO

miejscowość

podpis Pracownika

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY PRACOWNIK NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)

Nazwisko i imię Partnera _____

PESEL Partnera _____

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ CZŁONKA RODZINY

* Niepotrzebne skreślić.
** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

