

Deklaracja przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina

Numer wniosku

9

Numer polisy Allianz Rodzina

7 5 0 / 0026839

Numer grupy albo
nazwa wariantu

V

Wysokość
składki

V

Kod
agenta/brokera

04245

Osoba przystępująca do ubezpieczenia:

☒ Pracownik
 ☐ Współmałżonek Pracownika
 ☐ Partner Pracownika
 ☐ Pełnoletnie dziecko Pracownika

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

01

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w ramach umowy Allianz Rodzina (grupowej lub indywidualnej kontynuacji).

Polisa nr

Data końca ochrony (d-m-r)

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO
(PRACODAWCY)

Nazwa lub pieczęć Pracodawcy NSZZ FSG MŚG

V

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię (imiona)

STANISŁAW JAN

Nazwisko

KOWALSKI

Płeć

☐ kobieta☒ mężczyzna

PESEL

840101010101010

Data urodzenia (d-m-r)

01 01 1987

Obywatelstwo

POLSKIE

Typ dokumentu tożsamości

DOL. OSOB.

Seria nr dok. tożsamości

AAA123456

Adres zamieszkania

Ulica

2 LIMOŃA

Nr domu

18

Nr lokalu

4

Miejscowość

CHEŁM

Kod pocztowy

32-100

Pocztą

CHEŁM

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

561 019 234

E-mail

Dane o zatrudnieniu

Data zatrudnienia (d-m-r)

06 20

Jeśli osobą przystępującą jest:

- Pracownik - należy wpisać datę zatrudnienia lub jeżeli przebywał/-a Pan/Pani na urlopie wychowawczym, bezpłatnym proszę wpisać datę powrotu do pracy po przerwie w zatrudnieniu.

- Małżonek/Partner/Pełnoletnie dziecko - należy wpisać datę zatrudnienia ubezpieczonego pracownika (czyli współmałżonka/partnera/rodzica/osoby wypełniającej niniejszą deklarację) lub datę zawarcia związku małżeńskiego w przypadku gdy jest ona późniejsza niż data zatrudnienia (jedynie w przypadku przystąpienia współmałżonka).

Opis stanowiska pracy (wypełnić tylko gdy osobą przystępującą jest pracownik Ubezpieczającego (Pracodawcy))

FUNKCJONARIUSZ

Wskazanie Partnera/Współmałżonka osoby przystępującej do ubezpieczenia

Imię i nazwisko Partnera/Współmałżonka (niepotrzebne skreślić)

ANNA KOWALSKA

Data urodzenia (d-m-r)

10 04 1989

Wskazanie partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu klauzul dodatkowych dotyczących współmałżonka/partnera będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie partnera - również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów zawartych na podstawie o.w.u. o indeksie GZ11 oraz tych umów zawartych na podstawie innych ogólnych warunków ubezpieczeń, gdzie strony umowy przewidziały taką możliwość.

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA

Oświadczam, że w dniu podpisania niniejszej deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia nie przebywam na zwolnieniu lekarskim.

Deklaracja stanu zdrowia (Wypełnić tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający (Pracodawca) zatrudnia do 20 pracowników).

Oświadczam, że:

1. W okresie ostatnich 12 m-cy z przyczyn zdrowotnych nie byłem/am niezdolny/a do pracy na okres dłuższy niż 30 kolejnych dni (z wyjątkiem ciąży/porodu/pologu, ostrego zakażenia dróg oddechowych, bólów/chorób kręgosłupa, złamań/skręceń kończyn/urazów narządu ruchu).
 2. Nie mam wskazań lekarskich do okresowej kontroli medycznej po leczeniu poważnego zachorowania ani do leczenia operacyjnego.
 3. Nic mi nie wiadomo o przesłankach medycznych wskazujących na możliwość pogorszenia się mojego stanu zdrowia.
 4. Nie została u mnie rozpoznana żadna choroba przewlekła.
- ☐ Tak, jest to zgodne z moją najlepszą wiedzą. ☐ Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia.



[illegible][illegible][illegible][illegible]

1	0	0	9	1	9	8	9	1	0	0

Data úrovně (u m²)

CHETM

Herminia Kowalska

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--

Podpisuje osoba umocowana przez Ubezpieczającego do reprezentowania i składania oświadczeń woli w jego imieniu w związku z zawarciem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.