

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE ZGODY NA DORECZENIE 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 Jan Kowalski

Jan Kowalski

PODPIS JANA KOWALSKIEGO

Data, miejscowość

imię i nazwisko osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

podpis osoby zainteresowanej przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie (04/2019)

Pracownik



WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR POLISY / WNIOSKU _____

WZÓR WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

RDS _____

UBEZPIECZAJĄCY

NSZZ Funkcjonariuszy Straży Granicznej
Zarząd Oddziałowy w Chełmie
ul. Trubakowska 2, 22-100 Chełm

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię JAN KOWALSKI

Data urodzenia 01 01 1999 PESEL 99010102030 Seria i numer dokumentu tożsamości ABC 123 456 Pleć K X

Obywatelstwo POLSKIE E-mail JAN.KOWALSKI@MAIL.COM

Adres zamieszkania UL. MARSZAŁKOWSKA 3; 02-324 WARSZAWA

Adres do korespondencji _____

Nr tel. 500400300 Zawód wykonywany GŁ. KSIĘGOWY

UPOSAŻENI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1. <u>NOWAK ANNA</u>	<u>100</u>	<u>99020203040</u>	<u>PARTNERKA</u>
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

WYBRAĆ WYSOKOŚĆ SKŁADKI („X”)

WARIANT 1 49,00 zł

WARIANT 2 55,00 zł

WARIANT 3 71,00 zł

DANE PRACOWNIKA

NIE DOTYCZY W PRZYPADKU WYPEŁNIENIA DEKLARACJI PRZEZ PRACOWNIKA

PESEL Pracownika _____

Data zawarcia związku małżeńskiego DD MM RRRR

Wyrażam zgodę na potrącanie Składki z tytułu ubezpieczenia zgłaszającego, z tytułu którego otrzymuję wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia). Oświadczam**, że pozostaję z osobą zgłaszaną przeze mnie do Umowy ubezpieczenia grupowego w związku małżeńskim / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SIWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data DD MM RRRR miejscowość _____

podpis Pracownika _____

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY PRACOWNIK NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM I DO UMOWY UBEZPIECZENIA NIE PRZYSTĘPUJE JEGO PARTNER JAKO OSOBA UBEZPIECZONA ORAZ W ZAKRESIE UMOWY UBEZPIECZENIA WYSTĘPUJĄ RYZYKA RODZINNE DOTYCZĄCE MAŁŻONKA)

Nazwisko i imię Partnera NOWAK ANNA

PESEL Partnera 99020203040

* Niepotrzebne skreślić.
** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

