



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

(wstępna deklaracja do przystąpienia ubezpieczenia zdrowotnego)

Data wypełnienia kwestionariusza:

Nazwisko: Imię:

PESEL _____ Miejsce urodzenia:

Data przystąpienia do OMK (**bardzo ważne**) ____ - ____ - ____

Adres do korespondencji ubezpieczonego

Kod pocztowy ____ - ____ Poczta.....

Ulica/nr domu Miejscowość:

Dane niezbędne do udostępnienia podglądu do zakresu ubezpieczenia (wysokość świadczeń, zakres)

Adres @:

Telefon komórkowy:

Wszelkich informacji udziela:

Łukasz Król tel: 509 331 325
e-mail: lkrol@pzu.pl