KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

(dotyczy deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego)

Data wypełnienia kwestionariusza: ……

 Nazwisko: …… Imię: ……

 PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Miejsce urodzenia: ……

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

 W przypadku gdy przystępuje współmałżonek do ubezpieczenia
data zawarcia związku małżeńskiego __ __ - __ __ - __ __ __ __

 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: ……

Uposażeni (osoba, której zostanie wypłacone świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego)

 Nazwisko: …… Imię: ……

 Data urodzenia __ __ - __ __-__ __ __ __ Miejsce urodzenia ……...……

 Adres do korespondencji uposażonego

 Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Poczta……

 Ulica/nr domu …… Miejscowość: ……

%świadczenia __ __ __

 Nazwisko: …… Imię: ……

 Data urodzenia __ __ - __ __-__ __ __ __ Miejsce urodzenia ……...……

 Adres do korespondencji uposażonego

 Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Poczta……

 Ulica/nr domu …… Miejscowość: ……

%świadczenia __ __ __

Wszelkich informacji udziela:

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