KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

(dotyczy deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia pracowniczego)

- Data wypełnienia kwestionariusza: .....
- Nazwisko ..... Imię..... Drugie imię .....
- PESEL __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ Miejsce urodzenia .....
- Data zatrudnienia **(bardzo ważne) – zapisania się do związku** __ __ - __ __ - __ __ __ __
- Rodzaj zatrudnienia **(bardzo ważne)**
    - W przypadku gdy przystępuje współmałżonka do ubezpieczenia data zawarcia związku małżeńskiego __ __ - __ __ - __ __ __ __

- Adres do korespondencji ubezpieczonego
    - Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Poczta.....
    - Ulica/nr domu ..... Miejscowość.....
- Telefon kontaktowy .....

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

- Nazwisko ..... Imię..... Drugie imię .....
- Data urodzenia __ __ - __ __-__ __ __ __ Miejsce urodzenia .....
- Adres do korespondencji uposażonego
    - Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Poczta .....
    - Ulica/nr domu .....Miejscowość .....

%świadczenia __ __ __

- Nazwisko ..... Imię..... Drugie imię .....
- Data urodzenia __ __ - __ __-__ __ __ __ Miejsce urodzenia .....
- Adres do korespondencji uposażonego
    - Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Poczta .....
    - Ulica/nr domu .....Miejscowość .....

%świadczenia __ __

- Nazwisko ..... Imię..... Drugie imię .....
- Data urodzenia __ __ - __ __-__ __ __ __ Miejsce urodzenia ....
- Adres do korespondencji uposażonego
    - Kod pocztowy __ __ - __ __ __ Poczta .....
    - Ulica/nr domu .....Miejscowość .....

%świadczenia __ __