

Numer polisy typ P Plus

Numer deklaracji typ P Plus

Numer polisy typ P Plus
(Dodatkowa Ochrona Życia)

Numer deklaracji typ P Plus
(Dodatkowa Ochrona Życia)

Numer polisy typ P Plus
(Wariant Dodatkowy)

Numer deklaracji typ P Plus
(Wariant Dodatkowy)



Numer polisy PZU W Razie Wypadku

Numer deklaracji PZU W Razie Wypadku

Numer polisy typ P Plus
(Ochrona dla Dziecka)

Numer deklaracji typ P Plus
(Ochrona dla Dziecka)

Numer polisy typ P Plus
(W Razie Nowotworu)

Numer deklaracji typ P Plus
(W Razie Nowotworu)

Numer polisy typ P Plus
(W Razie Nowotworu)

Numer deklaracji typ P Plus
(W Razie Nowotworu)



DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO:

1. KLUBU PZU POMOC W ŻYCIU dla

(dalej Klub)

Nazwa Jednostki Organizacyjnej np. zakładu pracy

2. GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA oferowanego w ramach Klubu, na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy:

Ubezpieczającym – PZU Pomoc Spółka Akcyjna z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000326045, NIP 525-244-97-71, REGON 141749332 a PZU Życie SA z siedzibą przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa, KRS 0000030211, NIP 527-020-60-56, REGON 010572705

DEKLARACJA ZMIANY

Określenia, które zostały zdefiniowane w warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu.

I Dane osoby przystępującej do Klubu (członka Klubu) i ubezpieczenia (ubezpieczonego) (proszę o czytelne wypełnienie deklaracji drukowanymi literami)

Przystępuję jako: ubezpieczony podstawowy

ubezpieczony bliski: małżonek ubezpieczonego podstawowego dziecko ubezpieczonego podstawowego partner życiowy ubezpieczonego podstawowego

Pan Pani Imię

Nazwisko

Data urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

Miejsce urodzenia (uzupełnij, jeśli nie posiadasz numeru PESEL)

PESEL (uzupełnij, jeśli posiadasz)

Obywatelstwo Polskie Inne

Kraj stałego zamieszkania¹

Adres do korespondencji

Miejscowość

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Kod pocztowy

Poczta

Telefon kontaktowy

E-mail

Kraj Polska Inny (nazwa)

II Wybór wariantu ubezpieczenia i wysokość składki (wybrany wariant proszę zaznaczyć znakiem X)

1. Grupowe ubezpieczenie typ P Plus – jeden wariant do wyboru

| Wariant I | Wariant II | Wariant III | Wariant IV | Wariant V | Wariant VI | Wariant VII | Wariant VIII | Wariant IX | Wariant X | Wariant XI | Wariant XII | Wariant XIII |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 68,30 zł | <input type="checkbox"/> 75,80 zł | <input type="checkbox"/> 83,30 zł | <input type="checkbox"/> 91,40 zł | <input type="checkbox"/> 99,40 zł | <input type="checkbox"/> 107,00 zł | <input type="checkbox"/> 115,00 zł | <input type="checkbox"/> 122,70 zł | <input type="checkbox"/> 130,70 zł | <input type="checkbox"/> 138,40 zł | <input type="checkbox"/> 146,30 zł | <input type="checkbox"/> 153,80 zł | <input type="checkbox"/> 160,90 zł |

2. Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (Dodatkowa Ochrona Życia) – jeden wariant do wyboru

| Wariant I | Wariant II | Wariant III |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 11,10 zł | <input type="checkbox"/> 14,80 zł | <input type="checkbox"/> 19,30 zł |

3. Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (Wariant Dodatkowy)

| Wariant I |
|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20,60 zł |

4. Grupowe ubezpieczenie PZU W Razie Wypadku – jeden wariant do wyboru

| Wariant I | Wariant II |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 6,50 zł | <input type="checkbox"/> 12,00 zł |

5. Grupowe ubezpieczenie typ P Plus (Ochrona dla Dziecka) – jeden wariant do wyboru, dotyczy wyłącznie ubezpieczonego podstawowego

| Wariant I | Wariant II | Wariant III |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 10,00 zł | <input type="checkbox"/> 16,00 zł | <input type="checkbox"/> 24,00 zł |



INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Oddział w Polsce
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XII Wydział Gospodarczy, KRS: 0000060063
REGON: 010788730, NIP: 5251573813, 00-838 Warszawa, ul. Prosta 68

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA do programu Assistance w ramach Umowy Generalnej Ubezpieczenia nr 68203

NR DEKLARACJI

UBEZPIECZYCIEL Inter Partner Assistance S.A. Oddział w Polsce

UBEZPIECZAJĄCY Stowarzyszenie Horyzont Pro
ul. Szosa Chełmińska 177-181
87-100 Toruń

UBEZPIECZONY
PESEL:

PŁATNIK SKŁADKI
PESEL:

ZAKRES UBEZPIECZENIA Medyczny Medyczny Rodzinny Domowy Domowy Plus

POCZĄTEK OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

OPLATA Z TYTUŁU OBJĘCIA OCHRONĄ UBEZPIECZENIA zł/miesiąc

Do Umowy Generalnej Ubezpieczenia zastosowanie mają Szczególne Warunki Ubezpieczenia "Assistance" z dnia 02.08.2010 roku. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego należy zadzwonić pod numer linii alarmowej, podać nr PESEL i postępować zgodnie z uzyskanymi zaleceniami.

Oświadczenia przystępującego do ubezpieczenia

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją o przetwarzaniu moich danych osobowych, zawartą w dostarczonym mi dokumencie Broszura Informacyjna przetwarzanie danych osobowych związane z zawarciem umowy ubezpieczenia.
2. Przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia otrzymałam Szczególne Warunki Ubezpieczenia Assistance z dnia 02.08.2010 roku, zapoznałam się z nimi i akceptuję ich treść.
3. Niejsza umowa ubezpieczenia jest zgodna z moimi wymaganiami i potrzebami ubezpieczeniowymi.
4. Ubezpieczyciel poinformował mnie, iż w przypadku zgłoszenia roszczenia o wykonanie świadczeń o charakterze medycznym z umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel może wnosić o dostarczenie dokumentacji medycznej, wyrażenia dalszych zgód i złożenia oświadczeń niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i zakresu przysługujących świadczeń. W szczególności Ubezpieczyciel może wnosić o:
 - a. złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 38 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (dotyczącego uzyskiwania informacji i dokumentacji od lekarzy i placówek medycznych),
 - b. uzyskanie informacji od Narodowego Funduszu Zdrowia, uzyskanie informacji od innych ubezpieczycieli.

.....
data sporządzenia dokumentu

.....
podpis ubezpieczonego