



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Pieczętka Oddziału/Pośrednika

Wniosek

uczestnictwa lub zmian w umowie dodatkowej grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Vitalité rozszerzającej zakres umowy podstawowej

Trafna Decyzja Optymalny Wybór Deklaracja uczestnictwa Deklaracja zmian

Dane Ubezpieczającego

Nazwa

Dane Ubezpiezonego Głównego

Nazwisko _____ Imię/Imiona _____
PESEL lub data urodzenia _____ Telefon kontaktowy _____
 stacjonarny komórkowy Godziny kontaktu _____
Adres zamieszkania

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____
Adres korespondencyjny, jeżeli jest inny niż powyższy

Ulica _____ Numer domu/lokalu _____ Miejscowość _____ Kod pocztowy _____ Kraj _____

Forma ubezpieczenia

indywidualna rodzinna

Informacje o pozostałych Ubezpieczonych

Nazwisko i imię	PESEL lub data urodzenia	Adres korespondencyjny – taki sam, jak Ubezpiezonego Głównego	
Współmałżonek	_____	Tak <input type="checkbox"/>	Nie ¹ <input type="checkbox"/>
Dziecko (1)	_____	Tak <input type="checkbox"/>	Nie ¹ <input type="checkbox"/>
Dziecko (2)	_____	Tak <input type="checkbox"/>	Nie ¹ <input type="checkbox"/>
Dziecko (3)	_____	Tak <input type="checkbox"/>	Nie ¹ <input type="checkbox"/>
Dziecko (4)	_____	Tak <input type="checkbox"/>	Nie ¹ <input type="checkbox"/>

Wariant ubezpieczenia

Dotyczy wyłącznie grupowego ubezpieczenia na życie Optymalny Wybór.

Dostępność wariantu ubezpieczenia uzależniona jest od wyboru wariantów dokonanego przez Ubezpieczającego.

A B MP A+MP B+MP

Składka dodatkowa indywidualna

Zgodnie z wybraną formą i wariantem ubezpieczenia.

_____ zł

1. Jeżeli adres korespondencyjny jest inny niż Ubezpiezonego Głównego, należy go podać w Uwagach/komentarzach.

Pozostałe informacje

Województwo dla właściwego Narodowego Funduszu Zdrowia (zgodnie z miejscem zameldowania)

Uwagi/komentarze

_____ _____
Miejscowość Data Podpis Ubezpieczonego Głównego