

Formularz danych do deklaracji ☐ przystąpienia / ☐ zmiany do grupowego ubezpieczenia zdrowotnego Opieka Medyczna w PZU Życie SA.						
	Pracownik Ubezpieczony główny	Małżonek/ Partner życiowy Współubezpieczony 1	Dziecko Współubezpieczony 2	Dziecko Współubezpieczony 3	Dziecko Współubezpieczony 4	Dziecko Współubezpieczony 5
Imię						
Nazwisko						
PESEL						
Telefon komórkowy						
Adres email <i>do założenia konta w mojePZU</i>						
Dział						
Nazwa zakresu oraz składka						
Pakiet <i>Indywidualny / partnerski / rodzinny</i>						
Adres zamieszkania						
Miejsce urodzenia						
Data urodzenia						
Data zatrudnienia						
Rodzaj umowy o pracę	☐ Umowa o pracę ☐ Umowa o dzieło ☐ Umowa zlecenie ☐ Inny rodzaj umowy					

UWAGA !!! Prosimy o dostarczenie wniosku w terminie **do 10 dnia** miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony. Na podstawie niniejszego formularza zostanie stworzona deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia, którą należy podpisać i dostarczyć do **do 20 dnia** miesiąca poprzedzającego miesiąc ochrony.