

Deklaracja zgody grupowego ubezpieczenia na życie

☐ Pracownik ☐ Małżonek ☐ Partner ☐ Pełnoletnie dziecko

WYPEŁNIĆ WIELKIMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”

NR POLISY / WNIOSKU _____

UBEZPIECZAJĄCY

Wypełnia Osoba upoważniona przez Ubezpieczającego przyjmująca Deklarację zgody (poniższe dane dotyczą Ubezpieczonego składającego Deklarację zgody)

Nazwa i siedziba lub czytelny
odcisk pieczęci firmowej _____

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

PROPONOWANA DATA POCZĄTKU ODPOWIEDZIALNOŚCI 01 - MM - RR,RR,RR (nie później niż 3 miesiące od dnia podpisania Deklaracji zgody przez Ubezpieczonego)

DATA ZATRUDNIENIA PRACOWNIKA DD - MM - RR,RR,RR ☐ Umowa o pracę ☐ Umowa cywilnoprawna
(nie dotyczy Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka zgłaszanego do ubezpieczenia)

Data DD - MM - RR,RR,RR
miejscowość _____

pieczęć i podpis Osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

DANE UBEZPIECZONEGO

Nazwisko i imię _____

Data _____ Seria, numer, oznaczenie

urodzenia _____ PESEL _____ dokumentu stwierdzającego tożsamość _____ Płeć K M

Obywatelstwo _____ E-mail _____

Adres _____

Nr tel. _____ Zawód wykonywany _____

UPOSAŻENI GŁÓWNI (na wypadek śmierci Ubezpieczonego)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

UPOSAŻENI ZASTĘPCZY (gdy w dacie śmierci Ubezpieczonego wskazanie wszystkich Uposażonych głównych stało się bezskuteczne)

Nazwisko i imię	Udział w %	PESEL lub data urodzenia	Stopień pokrewieństwa
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____

SKŁADKA

Składka ubezpieczeniowa _____, _____ zł

DANE PRACOWNIKA

WYPEŁNIA PRACOWNIK (TYLKO W PRZYPADKU, GDY DO UMOWY UBEZPIECZENIA PRZYSTĘPUJE MAŁŻONEK* / PARTNER* / PEŁNOLETNIE DZIECKO*).

Nazwisko i imię Pracownika _____

PESEL Pracownika _____ Data zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy przystąpienia małżonka) DD - MM - RR,RR,RR

Wyrażam zgodę na potrącanie z mojego wynagrodzenia za pracę (innych wypłat z tytułu zatrudnienia) Składki ubezpieczeniowej za osobę, która składa niniejszą Deklarację zgody.
Oświadczam**, że pozostaję z osobą, która składa niniejszą deklarację zgody: w związku małżeńskim* / stałym związku partnerskim* (definicja Partnera zgodnie z zapisami SWZ / OWU / Umowy ubezpieczenia).

Data DD - MM - RR,RR,RR
miejscowość _____ podpis Pracownika

DANE PARTNERA

WYPEŁNIA PRACOWNIK LUB PEŁNOLETNIE DZIECKO (TYLKO W PRZYPADKU, GDY NIE JEST W ZWIĄZKU MAŁŻEŃSKIM)

Nazwisko i imię Partnera _____

PESEL Partnera _____

* Niepotrzebne skreślić.
** Nie dotyczy Pełnoletniego dziecka.

Użyte poniżej określenie Vienna Life oznacza Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (Al. Jerozolimskie 162A, 02-342 Warszawa)

**SEKCJA I – OŚWIADCZENIA NIEZBĘDNE DO OBJĘCIA
OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ**

- ☐ TAK na wszystkie powyższe ☐ NIE na którąkolwiek z powyższych

☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA II

- ☐ TAK ☐ NIE

- ☐ TAK ☐ NIE

SEKCJA III

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|-----|
| ☐ | TAK | ☐ | NIE |
| ☐ | TAK | ☐ | NIE |

Poniżej złożony przeze mnie własnoręczny podpis stanowi potwierdzenie złożenia wszystkich wymienionych powyżej oświadczeń.

podpis Ubezpieczonego