

„Pakiet Bezpieczne Życie”

Deklaracja przystąpienia

do zawartej z TU Allianz Życie Polska S.A. umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanej również „Allianz Rodzina”)

Suma ubezpieczenia	Numer grupy albo nazwa wariantu	Wysokość składki	Kod agenta/brokera

Numer wniosku

lub

Numer polisy Allianz Rodzina

Proponowana data przystąpienia (d-m-r)

Oświadczam, iż byłem/am wcześniej ubezpieczony/a w umowie grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina.

Polisa nr

Data końca ochrony (d-m-r)

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO
(PRACODAWCY)

Allianz Edukacja S.A.

DANE OSOBY PRZYSTĘPUJĄCEJ DO UBEZPIECZENIA

Imię (imiona)

Nazwisko

Płeć

- kobieta
 mężczyzna

PESEL

Data urodzenia (d-m-r)

Obywatelstwo

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

E-mail

Wskazanie Partnera/Współmałżonka osoby przystępującej do ubezpieczenia

Imię i nazwisko Partnera/Współmałżonka (niepotrzebne skreślić)

Data urodzenia (d-m-r)

Wskazanie partnera oznacza, że ochroną ubezpieczeniową z tytułu klauzul dodatkowych dotyczących współmałżonka/partnera będą objęte zdarzenia dotyczące wyłącznie partnera – również wówczas, gdy Ubezpieczony formalnie pozostaje lub będzie pozostawał na dzień zdarzenia w związku małżeńskim z inną osobą. Wskazanie partnera jest możliwe wyłącznie w przypadku umów zawartych na podstawie o.w.u. o indeksie PBŻ 01 oraz tych umów zawartych na podstawie innych indeksów ogólnych warunków ubezpieczeń, gdzie strony umowy przewidziały taką możliwość.

Deklaracja stanu zdrowia Ubezpieczonego

1.	Czy choruje lub chorował/a Pan/Pani na: chorobę serca, cukrzycę, nowotwór, przewlekłą chorobę wątroby, nerek, trzustki? Czy wystąpił udar, paraliż, zaburzenia psychiczne, niewydolność oddechowa?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2.	Czy obecnie lub w ciągu ostatnich 12 miesięcy z przyczyn zdrowotnych przerwał/a Pan/Pani pracę na okres dłuższy niż 30 kolejnych dni lub czy przebywał/a Pan/Pani w szpitalu celem diagnostyki lub leczenia (z wyjątkiem leczenia złamań/skręceń kończyn, ostrych zakażeń dróg oddechowych, bólów/chorób kręgosłupa oraz u kobiet: hospitalizacji związanych z ciążą/porodem/położeniem)?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3.	Czy kiedykolwiek był/a Pan/Pani uzależniony/a lub leczony/a z powodu uzależnienia od alkoholu lub innych używek, był Pan/Pani hospitalizowany/a z powodu zatrucia lub przedawkowania?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
4.	Czy kiedykolwiek ubiegał /a się Pan/Pani o przyznanie renty inwalidzkiej, orzeczenia o niezdolności do pracy lub czy zostało ono przyznane?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5.	Czy jest Pan/Pani objęty/a grupowym ubezpieczeniem na życie „Allianz Rodzina” – jeżeli Klient z końcem miesiąca, w którym podpisuje deklarację przestaje być objęty ochroną w polisie 750 to należy zaznaczyć „NIE”	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

– Jeżeli odpowiedź na wszystkie pytania brzmi „NIE” został/a Pan/Pani przyjęty/a do ubezpieczenia,
– Jeżeli odpowiedź na jakiegokolwiek z pytań brzmi „TAK”, wówczas nie jest możliwe przyjęcie do ubezpieczenia.

