

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO UBEZPIECZENIA:

DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA

Ubezpieczający

Typ ubezpieczenia

Indywidualny Partnerski Rodzinny

Nazwa pakietu:

Deklaruję zawarcie umowy na powyższy pakiet medyczny na okres 12 miesięczny.

Deklaruję opłatę comiesięcznej składki na wskazane konto bankowe do Regionu Jeleniogórskiego NSZZ Solidarność.

Wypowiedzenie pakietu może nastąpić dopiero po okresie 12 miesięcznym.

Dane ubezpieczonego Głównego

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M

Adres korespondencyjny:

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon dom: Telefon kom:

E-mail:

1. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:

Partner Dziecko Rodzic Osoba bliska

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon dom: Telefon kom:

E-mail:

2. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:

Partner Dziecko Rodzic Osoba bliska

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon dom: Telefon kom:

E-mail:

3. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:

Partner Dziecko Rodzic Osoba bliska

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M

Miasto: Kod pocztowy:
Nr domu/

Ulica: mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon dom: Telefon kom:

E-mail:

4. Współubezpieczony

Stosunek rodzinny względem Ubezpieczonego Głównego:

Partner Dziecko Rodzic Osoba bliska

Nazwisko i imię:

PESEL: Data urodzenia:

Płeć: K M

Miasto: Kod pocztowy:

Ulica: Nr domu/
mieszkania:

Dane kontaktowe:

Telefon dom: Telefon kom:

E-mail:

**GRUPA
LUXMED**
Jesteśmy częścią Bupa

luxmed.pl

LUX MED Sp. z o.o.
ul. Szturmowa 2, 02-678 Warszawa
t: 22 450 50 05, 22 450 50 10 f: 22 331 85 85

Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego
nr KRS: 0000265353
NIP: 527 252 30 80
REGON: 140723603
Wysokość kapitału zakładowego: PLN 676 123 500,00

Oświadczenia Ubezpieczonego Głównego:

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w deklaracji przystąpienia o są podane według mojej najlepszej wiedzy i są pełne oraz prawdziwe.
2. Oświadczam, że przed przystąpieniem do Umowy Ubezpieczenia otrzymałem/łam OWU/SWU, w sposób który umożliwił mi zapoznanie się z nimi.
3. Zobowiązuję się do poinformowania osoby objętej ochroną ubezpieczeniową (Współubezpieczonych) na podstawie Deklaracji przystąpienia o zakresie ubezpieczenia oraz prawach i obowiązkach wynikających OWU/SWU, a także zobowiązuję się do udostępnienia Współubezpieczonym OWU/SWU w sposób, aby mogli się z nimi zapoznać.
4. Oświadczam, że zgłoszone przeze mnie do ochrony ubezpieczeniowej osoby wyraziły chęć objęcia ubezpieczeniem, a podane przeze mnie dane osobowe Współubezpieczonych są - według mojej najlepszej wiedzy - prawdziwe i aktualne. Rozumiem, że Współubezpieczeni powinni samodzielnie potwierdzić przystąpienie do ubezpieczenia, o czym zobowiązuję się ich poinformować.

Deklarację proszę dostarczyć do przewodniczącego organizacji lub bezpośrednio do Regionu Jeleniogórskiego NSZZ Solidarność ul 1 maja 25 58-500 Jelenia Góra tel 601428206, soljg@solidarnosc.org.pl