**DANE DO DEKLARACJI – OPIEKA MEDYCZNA**

**WARIANT:** □ **STANDARD**  □ **KOMFORT**

□ **indywidualny** (składka pracodawca: 15zł, składka pracownik: 8,30 zł) □ **indywidualny** (składka pracodawca: 25zł, składka pracownik: 17,70 zł)

□ **partnerski** (składka pracodawca: 15zł, składka pracownik: 31,35 zł) □ **partnerski** (składka pracodawca: 25zł, składka pracownik: 60,15 zł)

□ **rodzinny** (składka pracodawca: 15zł, składka pracownik: 54,40 zł) □ **rodzinny** (składka pracodawca: 25zł, składka pracownik: 102,60 zł)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane dotyczące ubezpieczonego** | | **Dane męża/żony/partnera ubezpieczonego** | **Dane dziecka/dzieci ubezpieczonego lub partnera** |
| Imię i nazwisko |  |  |  |
| Data urodzenia |  |  |  |
| Miejsce urodzenia |  |  |  |
| PESEL |  |  |  |
| **Adres do korespondencji** | | **Adres do korespondencji** | **Adres do korespondencji** |
| Miejscowość |  |  |  |
| Ulica |  |  |  |
| Nr domu |  |  |  |
| Nr lokalu |  |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |  |
| Poczta |  |  |  |
| Tel. komórkowy |  |  |  |
| E-mail |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Uposażeni** (w przypadku nie wskazania uposażonego, świadczenie przysługuje osobom zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia) | | |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Data i miejsce urodzenia |  |  |
| Adres do korespondencji |  |  |
| % świadczenia |  |  |

\*osobie uposażonej przysługuje świadczenie = 100 zł (w przypadku śmierci ubezpieczonego)