

Imię i Nazwisko

PESEL

Ubezpieczający: UNIwersYTET GDAŃSKI

OŚWIADCZENIE - CZŁONEK RODZINY

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a przez Ubezpieczającego / Pracodawcę o zakresie oferty Grupowego Ubezpieczenia na Życie w **PZU Życie S.A.**

Jednocześnie potwierdzam odbiór dokumentów dotyczących Grupowego Ubezpieczenia na Życie w postaci:

1. Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia,
2. Materiału Informacyjnego.

Dodatkowo wyrażam zgodę na przekazanie mi na trwałym nośniku (np. płyta CD, dokument w formacie pdf itd.) ogólnych warunków ubezpieczenia oraz informacji o tym, które postanowienia określają:

- a) przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia;
- b) ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.

.....
Data i Podpis Członka Rodziny