

Instrukcja wypełniania deklaracji przystąpienia

Wszystkie wymienione poniżej pola są polami wymagalnymi.

Pkt. I Dane dotyczące ubezpieczonego

Pkt. II Wybór wariantu

Pkt. IV Dane uposażonego

Pkt. VI Zgoda na objęcie ubezpieczeniem – data i czytelny podpis

Wymienione poniżej pola są polami opcjonalnymi.

Pkt. III Partner Życiowy – wypełnić w przypadku zgłoszenia osoby innej niż małżonek.

Pkt. V Dane współubezpieczonych w pakiecie medycznym - Opieka Medyczna

Pkt. VII Wskazanie płatnika składek przez osobę współubezpieczoną

Pkt. VIII Data nabycia praw do emerytury.

Wypełnioną deklarację przystąpienia należy dostarczyć osobiście do **Biura Zarządu Wojewódzkiego NSZZ Policjantów woj. świętokrzyskiego, Kielce, ul. Paderewskiego 13, pok. 17, 18** lub za pośrednictwem poczty na adres **Zarządu Wojewódzkiego NSZZ Policjantów woj. świętokrzyskiego, ul. Seminaryjska 12, 25 – 372 Kielce** wraz z potwierdzeniem dokonania zlecenia stałego w kwocie odpowiadającej wybranemu wariantowi ubezpieczenia z płatnością do 5 dnia miesiąca na konto:

PKO BP – 27 1440 1358 0000 0000 1284 5421

Zarząd Wojewódzki NSZZ Policjantów woj. świętokrzyskiego

ul. Seminaryjska 12

25 – 372 Kielce

Tytuł przelewu – ubezpieczenie imię i nazwisko