

OŚWIADCZENIE O POZOSTAWANIU W ZWIĄZKU Z PARTNEREM ŻYCIOWYM



I. Dane osoby składającej oświadczenie

| | | | | |
|-----------------------|--------------------------|--|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | |
| Imię i nazwisko | | | PESEL | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data urodzenia | Miejsce urodzenia | Imię ojca | Imię matki | |
| Adres zamieszkania: | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulica | | | Nr domu | Nr lokalu |
| Rodzaj dokumentu: | <input type="text"/> | Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | |
| Serial i nr dokumentu | Wydany dnia (dd-mm-rrrr) | Wydany przez | | |

II. Oświadczenie

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że pozostaję w aktualnym związku z partnerem życiowym, zgodnie z rozszerzeniem w umowie ubezpieczenia definicji małżonka o partnera życiowego, wskazanym w deklaracji przystąpienia płatnika z dnia

| | | | | |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | Panią/Panem | <input type="text"/> |
| Data (dd-mm-rrrr) | | | Imię i nazwisko | |
| zamieszkałym/ą: | | | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Kod pocztowy | Miejscowość | | | |
| <input type="text"/> | | | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ulica | | | Nr domu | Nr lokalu |
| córka/synem zmarłej/ego | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| Imię i nazwisko | | | | |

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie nieprawdziwych informacji w celu osiągnięcia korzyści majątkowych może narazić mnie na odpowiedzialność karną.

Oświadczam również, iż w przypadku stwierdzenia, że stan faktyczny jest inny od podanego przeze mnie, zobowiązuję się do zwrotu otrzymanego świadczenia niezwłocznie po wezwaniu przez PZU Życie SA.

| | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Data (dd-mm-rrrr) | | | Podpis |

