



Wniosek o wystąpienie z ubezpieczenia /zawieszenie ochrony*

Nr Umowy/Polisy grupowego
ubezpieczenia na życie _____

Ubezpieczający

Nazwa firmy _____

Ubezpieczony/Współubezpieczony

Nazwisko _____

Imię _____

PESEL _____

Wystąpienie z ubezpieczenia

Data wystąpienia z ubezpieczenia (Wystąpienie z ubezpieczenia nastąpi zgodnie z okresem rozliczeniowym obowiązującym na polisie).

d d m m r r r r

Czy chcesz kontynuować ubezpieczenie indywidualnie? (Kontynuację możemy Ci zaproponować tylko w dwóch przypadkach. Po pierwsze, w sytuacji, gdy nastąpiło rozwiązanie Twojej umowy z Ubezpieczającym, czyli Twoim pracodawcą. Drugi przypadek, to rozwiązanie całej umowy ubezpieczenia pomiędzy Twoim pracodawcą a nami).

TAK NIE

Jeśli TAK podaj dane:

Obywatelstwo _____

Państwo urodzenia _____

Rodzaj dokumentu tożsamości: dowód osobisty paszport karta pobytu mDowód* (*jeśli potwierdzasz tożsamość w obecności przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden)

Seria i numer _____

Data wydania _____

Data ważności _____

wyrażam zgodę na otrzymanie formularza analizy potrzeb klienta na adres e-mailowy: _____

Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

Okres zawieszenia (Zawieszenie ubezpieczenia nastąpi zgodnie z datami okresów rozliczeniowych).

Od Data _____

d d m m r r r r

Do Data _____

d d m m r r r r

Ubezpieczony
imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data _____

Oświadczenie

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych, w tym danych osobowych, na podstawie oryginału ww. dokumentu.

Ubezpieczający/Uprawniony przez Pracodawcę
imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data _____

Oświadczenie przedstawiciela lub pracownika biura Nationale-Nederlanden

(oświadczenie dotyczy przedstawiciela lub pracownika biura, jeśli wniosek został wypełniony w jego obecności)

Potwierdzam, że zweryfikowałem/am tożsamość osoby, która składa wniosek i że dane we wniosku są zgodne z jej dokumentem tożsamości.

Przedstawiciel lub pracownik biura
Nationale-Nederlanden
Podpis

Data _____