



Ubezpieczenie grupowe Wniosek o przedstawienie warunków indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia

Dotyczy Polisy Grupowej numer _____

Dane Ubezpieczonego

A) Dane podstawowe

Prosimy o wypełnienie wszystkich pól.

Imię i nazwisko _____

PESEL _____ Data urodzenia _____ Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL

Państwo urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne _____

Adres zamieszkania

Ulica _____

Nr domu _____ Nr mieszkania _____ Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Państwo zamieszkania _____

Tel. kontaktowy _____

E-mail _____

Proszę o przygotowanie Wniosku z warunkami indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego.

- Wniosek proszę przelać na ww. adres korespondencyjny.
- Wniosek proszę przelać na adres e-mail. Niniejszym oświadczam, iż wyrażam zgodę na przekazanie mi przez Towarzystwo Wniosku z warunkami kontynuacji polisy grupowej w formie elektronicznej przy użyciu udostępnionego przeze mnie adresu e-mail.

Przyjmuję do wiadomości, że zgoda jest dobrowolna i może być odwołana w każdym czasie, przy czym jej odwołanie nie ma skutków wobec przetwarzania danych przed wycofaniem tej zgody.

Towarzystwo potwierdzi odpowiedzialność z tytułu kontynuacji ubezpieczenia grupowego.

Podpis

Oświadczam, że zgodnie z moim przekonaniem i wiedzą wszystkie odpowiedzi udzielone w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe.

Podpisano w _____ Data _____

Ubezpieczony
Imię i nazwisko

Podpis
