



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

Dowód osobisty Paszport Karta pobytu Inny _____ (zaznacz właściwe)

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

* Niepotrzebne skreślić.