



## 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 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 oferty indywidualnej kontynuacji 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 r

Do Data \_\_\_\_\_

d d m m r 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.