



## 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

wystąpienie z ubezpieczenia \_\_\_\_\_  
d d m m r r r r

#### Przyczyna wystąpienia Ubezpieczonego z ubezpieczenia

- dobrowolna rezygnacja Ubezpieczonego z uczestnictwa w ubezpieczeniu
- rozwiązanie stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym
- niespełnienie kryteriów uczestnictwa w ubezpieczeniu
- wyrażam chęć indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia grupowego (oferowane tylko w przypadku rozwiązania stosunku prawnego łączącego Ubezpieczonego z Ubezpieczającym lub rozwiązania umowy ubezpieczenia)
- wyrażam zgodę na otrzymanie oferty indywidualnej kontynuacji na wskazany adres e-mailowy \_\_\_\_\_

### Zawieszenie ochrony ubezpieczeniowej

#### Data zawieszenia

Od Data \_\_\_\_\_  
d d m m r r r r

Do Data \_\_\_\_\_  
d d m m r r r r

#### Przyczyna zawieszenia

- urlop bezpłatny, urlop wychowawczy
- inne

Ubezpieczony  
imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data \_\_\_\_\_

Ubezpieczający  
imię i nazwisko (czytelny podpis)

Data \_\_\_\_\_

\* niepotrzebne skreślić