

6. Wyrażam zgodę na prowadzenie ze mną korespondencji w sprawie złożonego wniosku o wypłatę świadczenia za pośrednictwem podanego przeze mnie adresu e-mail.

_____ - - _____
Miejscowość Data Podpis współubezpieczonego*

* W przypadku, gdy wypełniono część III, oświadczenie podpisuje współubezpieczony (powyżej) oraz ubezpieczony (poniżej). Jeżeli współubezpieczonym jest małoletnie dziecko, oświadczenie podpisuje wyłącznie ubezpieczony (poniżej).

_____ - - _____
Miejscowość Data Podpis ubezpieczonego**

** W przypadku, gdy wniosek o wypłatę świadczenia składany jest przez osobę inną niż ubezpieczony, należy dodatkowo wypełnić formularz SWN-15.

WYPEŁNIA ZAKŁAD PRACY (dotyczy ubezpieczenia grupowego)

Nazwa pracodawcy/
ubezpieczającego _____

Imię i nazwisko pracownika _____

Data zatrudnienia pracownika - -

Data przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia - -

Data przekazania pierwszej składki za ubezpieczonego - -

Data zapłacenia składki za okres w którym zaszło zdarzenie - -

Data rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem - -

Pieczętka i podpis osoby upoważnionej
w zakładzie pracy