SIGNAL IDUNA

SIGNAL IDUNA Życie Polska
Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.

Formularz

Formularz wymagany przy zgłaszaniu roszczenia, jeśli wcześniej nie był potwierdzany staż ubezpieczeniowy

Data: .....

Nazwa Ubezpieczającego (Pracodawcy): .....

Nr polisy: .....

Zaświadczenie warunków wcześniejszej[3] umowy ubezpieczenia

w Towarzystwie ..... **(Ubezpieczyciel)**

dotyczy Pracownika

dla Pani/ Pana .....

PESEL lub data urodzenia: .....

Data przystąpienia do wcześniejszej umowy: D D M M R R R R

Data zakończenia ochrony w ramach wcześniejszej umowy: D D M M R R R R

Nr lub nazwa podgrupy: .....

..... D D M M R R R R .....

miejscowość data Pieczątka imienna i czytelny podpis Pracodawcy

Załączniki:

☐ **certyfikat lub dokument potwierdzający zakres i warunki ochrony w ramach wcześniejszej umowy ubezpieczenia**

[3] ***Wcześniejsza umowa*** *- umowa ubezpieczenia zawarta przez Pracodawcę (Ubezpieczającego) z innym Ubezpieczycielem (Towarzystwem), w ramach której Ubezpieczony był objęty ochroną w okresie poprzedzającym objecie go ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej z SIGNAL IDUNA Życie Polska TU S.A.*

SIŻ 2187/??.12