



**II. WYPEŁNIA UBEZPIECZAJĄCY (PRACODAWCA)**

pieczęć zakładu pracy

Seria i numer polisy.....

Początek okresu ubezpieczenia.....

Suma ubezpieczenia.....

1. Imię i nazwisko Ubezpieczonego.....
2. Data urodzenia.....
3. Data zatrudnienia.....
4. Podstawa zatrudnienia ( np. umowa o pracę, umowa zlecenie, itp.) .....
5. Data przystąpienia do ubezpieczenia.....
6. Data opłacenia pierwszej składki.....
7. Składkę za miesiąc (proszę podać miesiąc, w którym miało miejsce zdarzenie objęte ubezpieczeniem)  
.....opłacono dnia .....
8. Data rozwiązania stosunku pracy .....

**Powyższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy.**

.....  
Miejscowość, data

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis Ubezpieczającego

.....  
Podpis Ubezpieczającego