



**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEGO
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
SALTUS ZDROWIE
MEDYCINA PRACY**

WNmp/060/2/SU

Data wpływu do Towarzystwa

DANE UBEZPIEZAJĄCEGO

Nazwa

REGON

lub

NIP

KRS

Ulica

Nr domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ UBEZPIEZAJĄCEGO DO KONTAKTU I ADMINISTROWANIA POLISĄ

Imię i nazwisko

Telefon kontaktowy

e-mail

Forma ubezpieczenia: umowa grupowa zawierana przez Ubezpieczającego na cudzy rachunek

Początek okresu ubezpieczenia:

Liczba zatrudnionych pracowników

Składka miesięczna za pracownika

Składka płatna miesięcznie z dołu, do 5 dnia miesiąca za miesiąc poprzedni

Składając niniejszy wniosek Ubezpieczający oświadcza, że znana jest mu treść i zostały mu doręczone Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE oraz Ogólne Warunki Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Zdrowotnego SALTUS ZDROWIE – Medycyna Pracy, stanowiące podstawę do zawarcia umowy ubezpieczenia oraz, że akceptuje treść tych warunków ubezpieczenia.

Ubezpieczający potwierdza, że zostały dostarczone Ubezpieczającemu na piśmie informacje dotyczące pośrednika ubezpieczeniowego, zgodnie z wymogami ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Niniejszym oświadczamy, że wszystkie informacje podane w niniejszym dokumencie i innych dokumentach, składanych w celu zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową członków grupy, są zgodne z prawdą i podane do wiadomości Towarzystwa zgodnie z posiadaniem pełnomocnictwem do reprezentowania Ubezpieczającego.

Miejscowość

Dnia

Pieczęć imienna i podpis osoby upoważnionej przez Ubezpieczającego

Pieczęć adresowa Ubezpieczającego

Dane pośrednika ubezpieczeniowego

Imię i nazwisko przedstawiciela Towarzystwa

Kod pracownika

Pieczęć i podpis