

.....  
Pieczęć Ubezpieczającego (np. Zakładu Pracy) wystawiającego zaświadczenie

### ZAŚWIADCZENIE O POPRZEDNIM UBEZPIECZENIU

Pan/Pani ..... nr PESEL ..... był/a  
ubezpieczony/a w ubezpieczeniu grupowym:

Nazwa poprzedniego zakładu ubezpieczeń	
Numer Polisy	
Nazwa poprzedniego ubezpieczającego (np. Zakładu Pracy)	

- Proszę uzupełnić w tabeli informacje dotyczące zdarzenia, które wystąpiło u ubezpieczonego i które posiadał w swojej poprzedniej polisie: pobyt w szpitalu, poważne zachorowanie, leczenie specjalistyczne, operacja, inny rodzaj zdarzenia – proszę wpisać nazwę.
- Proszę nie pomijać przy wypełnianiu żadnego pola. Wszystkie informacje są potrzebne do rozpatrzenia wniosku ubezpieczonego.

Nazwa zdarzenia, które wystąpiło u ubezpieczonego (np. zgon ubezpieczonego, urodzenie się dziecka, zgon rodziców lub teściów, zgon małżonka, poważne zachorowanie, operacja, pobyt w szpitalu, itp.)	
Okres ubezpieczenia w poprzedniej polisie (okres opłacania składek z tytułu zdarzenia, które wystąpiło u ubezpieczonego ) Jeżeli ubezpieczony jest nadal w poprzedniej polisie prosimy pozostawić puste pole „do”	od  do
Nazwa poważnego zachorowania (np. nowotwór, zawał serca itp.) Wypełnić tylko w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania	
Kwota świadczenia w poprzedniej polisie	

.....  
data sporządzenia zaświadczenia

.....  
podpis oraz pieczęć osoby upoważnionej

#### **KTO POWINIEN WYPEŁNIĆ ZAŚWIADCZENIE?**

1. Poprzedni ubezpieczający (może to być zakład pracy, firma pośrednicząca lub inny podmiot, który zawarł umowę ubezpieczenia grupowego),  
lub
2. Poprzedni zakład ubezpieczeń.

**Zaświadczenie NIE MOŻE być wystawione przez samego ubezpieczonego czy przez agenta – musi być wystawione przez podmioty wskazane powyżej.**