

Wypełnia Ubezpieczający

Prosimy o dokładne wypełnienie wszystkich wymaganych punktów

Oświadczenie Ubezpieczającego o czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego

1. Imię i Nazwisko Ubezpieczonego:

.....

2. Data urodzenia:

.....

3. Data zatrudnienia:

.....

4. Podstawa zatrudnienia:

.....

5. Czy pracownik jest Funkcjonariuszem służby mundurowej

Tak ☐

Nie ☐

6. Kwota uposażenia zasadniczego wraz z dodatkami o charakterze stałym (wartość netto), należna w miesiącach obejmujących zgłaszaną czasową utratę zdolności do wykonywania pracy Ubezpieczonego (bez potrąceń z tytułu zasiłku chorobowego) :

Podać miesiąc/e i kwotę/y:

7. Okres przebywania na zwolnieniu lekarskim:

.....

8. Czy w związku ze zgłaszaną czasową utratą zdolności do wykonywania pracy Ubezpieczony zgłaszał wypadek przy pracy bądź w drodze do pracy?

Tak ☐

Nie ☐

9. Czy w związku ze zgłaszana czasową utratą zdolności do wykonywania pracy ubezpieczony otrzymał 80% uposażenia?

Tak ☐

Nie ☐

10. Datę rozwiązania stosunku pracy:

.....

Poniższych informacji udzielono zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Pracodawcy