

Prosimy o czytelne wypełnienie formularza DRUKOWANYMI LITERAMI zarówno przez osoby do tej pory ubezpieczone oraz osoby, które po raz pierwszy chcą przystąpić do ubezpieczenia

Prosimy o zwrot wypełnionych formularzy do 10 marca (piątek) 2023r. do Działu Skupu OSM w Łowiczu.

Przystępujący:

dostawca współmałżonek/partner życiowy pełnoletnie dziecko

I Dane ubezpieczonego:

Imię i nazwisko nr dostawcy

1. miejsce urodzenia.....
2. PESEL
3. Adres do korespondencji:
4. kod pocztowy.....poczta
5. ul.
6. nr domu..... nr lokalu.....
7. miejscowość.....
8. telefone-mail.....
9. Data zatrudnienia
10. Data zawarcia związku małżeńskiego (dotyczy przystąpienia współmałżonka).....
11. Dane Partnera Życiowego (wskazuje partnera - jeśli nie pozostaje w związku małżeńskim)
imię i nazwisko..... PESEL:
- miejsce urodzenia obywatelstwo:
12. Imię i nazwisko oraz pesel dostawcy/ubezpieczonego podstawowego (jeśli przystępujący nie jest dostawcą)
.....

II Uposażeni – osoba lub podmiot (np. bank) wskazana przez ubezpieczonego jako upoważniona do odbioru świadczenia z tytułu jego śmierci.

Uposażony 1*

- Imię i nazwisko.....
- Data urodzenia.....
- Miejsce urodzenia.....
- Adres do korespondencji.....
- Procent.....%

Uposażony 2

- Imię i nazwisko.....
- Data urodzenia.....
- Miejsce urodzenia.....
- Adres do korespondencji.....
- Procent.....%

***W przypadku wskazania kilku osób uposażanych podział % musi łącznie wynosić 100%.**

Przekazane przez Państwa dane zostaną naniesione na deklarację przystąpienia, którą otrzymacie Państwo w formie papierowej do podpisu jako potwierdzenie przystąpienia do ubezpieczenia.

.....
data i czytelny podpis przystępującego

Wyrażam zgodę na potrącanie z wypłaty z tytułu dostaw mleka do OSM w Łowiczu miesięcznej składki na ubezpieczenia w wysokości (proszę zaznaczyć):

- dostawca 47,10 zł współmałżonek/partner życiowy 47,10 zł
 pełnoletnie dziecko 47,10 zł - ilość dzieci przystępujących

.....
data i czytelny podpis dostawcy