

Departament Obsługi Roszczeń, ul. Emilii Plater 53, 12
piętro. 00-113 Warszawa

**INFORMACJA O WYPŁACIE
ODSZKODOWANIA**

Prosimy o dołączenie kopii zwolnienia lekarskiego do poniższego formularza (druk ZUS ZLA).

Prosimy odciąć wzdłuż linii

Genworth Financial
Departament Obsługi Roszczeń, ul. Emilii Plater 53, 12 piętro,
00-113 Warszawa
Zgłoszenie kolejnego roszczenia z tytułu niezdolności do pracy

Nr roszczenia

PAN/PANI	IMIĘ	NAZWISKO
ADRES	PROSIMY O DOSTARCZENIE NINIEJSZEGO FORMULARZA W DNIU LUB PO DNIU	
		<input type="text"/>
OŚWIADCZENIE PRACODAWCY (DANE OBOWIĄZKOWE)		
OSTATNI DZIEŃ WYKONYWANIA PRACY		PIECZĄTKA FIRMOWA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DZIEŃ POWROTU DO PRACY		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
PODPIS PRACODAWCY		<input type="text"/>
DATA:.....		

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE POWYŻSZE INFORMACJE SĄ PRAWDZIWE I JEDNOCZEŚNIE UPOWAŻNIAM MOJEGO LEKARZA/SZPITAL ORAZ JAKĄKOLWIEK INNĄ OSOBĘ, KTÓRA UDZIELIŁA MI POMOCY MEDYCZNEJ DO PRZEKAZANIA WSZELKICH INFORMACJI O MOIM ZDROWIU ZAKŁADOWI UBEZPIECZEŃ LUB JEGO PRZEDSTAWICIELOM.

DATA..... I PODPIS UBEZPIECZONEGO.....
PROSIMY O UPEWNIENIE SI, ŻE FORMULARZ ZOSTAŁ PODPISANY I PODSTĘPLOWANY PRZEZ PRACODAWCĘ