

Wykaz osób występujących z grupowego ubezpieczenia na życie
z dniem* DD-MM-RRRR

Nr POLISY/WNIOSKU _____

Nr Agencji/RDS _____

I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO (wypełnia zakład pracy)

Nazwa firmy _____ REGON _____
Ulica _____ Nr domu _____ Nr lokalu _____
Kod pocztowy ____-____ Miejscowość _____

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL / Data urodzenia
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____
9.	_____	_____
10.	_____	_____
11.	_____	_____
12.	_____	_____
13.	_____	_____
14.	_____	_____
15.	_____	_____
16.	_____	_____

* ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, za który wpłynęła ostatnia składka

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam/y, że osoby wymienione na niniejszym wykazie cofnęły zgodę na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej, co jest równoznaczne z rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. Osobom tym przedstawiono możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

data, pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego