

Wykaz osób składających deklarację zgody  
od dnia 01 - MM - RRRR

NR POLISY / WNIOSKU \_\_\_\_\_

NR WYKAZU RRRR

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

Lp.	Nazwisko i imię Pracownika	Osoba ubezpieczana*	PESEL	Składka (PLN)	Forma zatrudnienia**	Zawód wykonywany
1.			_____			
2.			_____			
3.			_____			
4.			_____			
5.			_____			
6.			_____			
7.			_____			
8.			_____			
9.			_____			
10.			_____			
11.			_____			
12.			_____			
13.			_____			
14.			_____			
15.			_____			
16.			_____			
17.			_____			
18.			_____			
19.			_____			
20.			_____			

\* P – pracownik

\*\* E – etat, Z – zlecenie, D – umowa o dzieło, K – kontrakt menedżerski, U – umowa o świadczenie usług (jeżeli inna wpisać jaką), W – właściciel

Lp.	Nazwisko i imię Małżonka / Partnera / Pełnoletniego dziecka	Osoba ubezpieczana*	PESEL	Składka (PLN)
1.			_____	
2.			_____	
3.			_____	
4.			_____	
5.			_____	
6.			_____	
7.			_____	
8.			_____	
9.			_____	
10.			_____	
11.			_____	
12.			_____	
13.			_____	
14.			_____	
15.			_____	
16.			_____	
17.			_____	
18.			_____	
19.			_____	
20.			_____	

\* M – małżonek, PA – partner, PD – Pełnoletnie dziecko

### OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO

- Oświadczam, że osobom przystępującym do Umowy ubezpieczenia przed udzieleniem przez nie zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej doręczono następujące dokumenty: ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiednie ogólne warunki ubezpieczeń dodatkowych, Umowę ubezpieczenia\*, specyfikację istotnych warunków zamówienia (SIWZ)\*, ofertę Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z załącznikami\*, pytania składane przez wykonawców w procesie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego oraz odpowiedzi ubezpieczającego na te pytania\*.
- Oświadczam, że ww. osoby udzieliły zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej, co jest równoznaczne z udzieleniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, w tym na wysokość sum ubezpieczeń i zakres ochrony ubezpieczeniowej.

Data DD - MM - RR, RR \_\_\_\_\_  
pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

\* Niepotrzebne skreślić.