

Wykaz osób występujących z grupowego
 ubezpieczenia na życie
 od dnia 01 - MM - RR, RR, RR

NR POLISY _____

NR AGENCJI/RDS _____

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwa i siedziba lub czytelny odcisk pieczęci firmowej

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

Lp.	Nazwisko i imię	PESEL
1.		_____
2.		_____
3.		_____
4.		_____
5.		_____
6.		_____
7.		_____
8.		_____
9.		_____
10.		_____
11.		_____
12.		_____
13.		_____
14.		_____
15.		_____
16.		_____
17.		_____
18.		_____
19.		_____
20.		_____

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Oświadczam, że osoby wymienione w 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 DD - MM - RR, RR, RR

 pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego