



OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z DOKUMENTAMI WARUNKÓW GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA PRACOWNICZEGO TYP P PLUS

Dane ubezpieczonego:

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer PESEL:

Potwierdzam, że zapoznałem/am się z dokumentami warunków grupowego ubezpieczenia
pracowniczego typ P Plus w ramach Polisy Nr 712476520

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Czytelny podpis ubezpieczonego)