

Kod dokumentu: 1376_0421U

Numer polisy _____

Nazwa ubezpieczającego _____

Data wystąpienia z ubezpieczenia w UNIQA (data końca ochrony)

LISTA OSÓB WYSTĘPUJĄCYCH Z UBEZPIECZENIA W UNIQA

Lp.	Imię	Nazwisko	PESEL	Rezygnacja z ubezpieczenia*	Rozwiązanie stosunku pracy ubezpieczonego głównego
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
7.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
8.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
9.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:
10.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Data:

Data

Pieczęć i podpis ubezpieczającego

* brak możliwości kontynuowania ubezpieczenia