

**Wykaz osób składających deklarację zgody  
 grupowe ubezpieczenie na życie  
 od dnia 0 I - MM - RRRR**

Nr polisy / wniosku \_\_\_\_\_

RDS \_\_\_\_\_

Nr wykazu \_\_\_\_\_ RRRR

**WYPEŁNIĆ GRANATOWYM LUB CZARNYM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI**

Nazwa i siedziba lub czytelny  
 odcisk pieczęci firmowej \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

pieczęć firmowa Ubezpieczającego

| Lp. | Nazwisko i imię | Osoba ubezpieczana* | PESEL | Składka | Forma zatrudnienia** | Zawód wykonywany |
|-----|-----------------|---------------------|-------|---------|----------------------|------------------|
| 1.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 2.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 3.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 4.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 5.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 6.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 7.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 8.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 9.  | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 10. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 11. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 12. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 13. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 14. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 15. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |
| 16. | _____           | _____               | _____ | _____   | _____                | _____            |

\* P - pracownik, M - małżonek, PA - partner; \*\* E - etat, Z - zlecenie, D - umowa o dzieło, K - kontrakt menedżerski, U - umowa o świadczenie usług (jeżeli inna wpisać jaka)

**OŚWIADCZENIA UBEZPIECZAJĄCEGO**

- Oświadczam, że ww. osoby miały możliwość zapoznania się z ogólnymi warunkami grupowego ubezpieczenia na życie, ubezpieczeń dodatkowych, z zakresem ochrony ubezpieczeniowej, z wysokością sum ubezpieczeń, przed wyrażeniem zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
- Oświadczam, że ww. osoby udzieliły zgody na zastrzeżenie na ich rzecz ochrony ubezpieczeniowej, w tym na wysokość sum ubezpieczeń.

\_\_\_\_\_  
 data, pieczęć i podpis Reprezentanta Ubezpieczającego

\_\_\_\_\_  
 data, pieczęć i podpis pracownika Compensy przyjmującego wykaz