

DEKLARACJA / WNIOSEK WYSTĄPIENIA

DO UMOWY UBEZPIECZENIA NUMER DLA PRACOWNIKÓW
MIEJSKIEGO PRZEDSIĘBIORSTWA KOMUNIKACYJNEGO SP. Z O.O. WE WROCŁAWIU

.....
Imię, nazwisko ubezpieczonego

.....
Nr ewidencyjny

.....
Adres ubezpieczonego (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
telefon kontaktowy lub e-mail

Niniejszym oświadczam, że z dniem występuję z ubezpieczenia odpowiedzialności materialnej pracowników z Umowy Ubezpieczenia nr

.....
Data

.....
Podpis