

REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA ASSISTANCE „PAKIET ASYSTENT” DLA UCZESTNIKÓW PROGRAMU „PAKIET ASYSTENT”



I Dane Ubezpieczonego

Nazwa Firmy

Numer Karty Klienta

REGON

NIP

II Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z grupowego ubezpieczenia assistance „PAKIET ASYSTENT” dla Uczestników Programu „Pakiet Asystent”.



V

Miejscowość

V - -

Data

Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość

 - -

Data

Pieczętka imienna i podpis pracownika
przyjmującego oświadczenie Ubezpieczonego