



WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Prosimy o czytelne wypełnienie niniejszego wniosku drukowanymi literami. W przypadku niezakreślenia pola zawierającego odpowiedź pozytywną, odpowiedź uważana będzie za negatywną, w przypadku istnienia wariantów odpowiedzi prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem x.

Wypełniony druk należy przestać - na adres: STUŃ ERGO Hestia SA, ul. Hestii 1, 81-731 Sopot - listem poleconym lub osobiście dostarczyć do siedziby Towarzystwa.

I. DANE POŚREDNIKA

Dane pośrednika (imię i nazwisko, adres email, numer telefonu)	Numer umowy agencyjnej
--	------------------------

II. INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM

Poniżej przedstawione informacje o produkcie ubezpieczeniowym nie są wyczerpujące. Pełne informacje podane są w OWU IK 01/15.
Pojęcia użyte w niniejszym dokumencie przyjmują znaczenie określone w OWU IK 01/15.

Ubezpieczyciel	Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA, dalej: ERGO Hestia
Typ ubezpieczenia	Indywidualna kontynuacja grupowego ubezpieczenia na życie, Dział I, Grupa 1 i 5
OWU IK 01/15	Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod IK 01/15) wraz z Załącznikiem nr 1 (zasady oceny ustalania i orzekania trwałego uszczerbku na zdrowiu), wraz z Aneksami nr 1-4, łącznie dalej: OWU IK 01/15
Cel produktu	Ochrona życia i zdrowia ubezpieczonego na całym świecie.
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	W produkcie występują karencje (okres braku odpowiedzialności) oraz wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności (sytuacje w których Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego lub sytuacje w których Ubezpieczyciel jest uprawniony do obniżenia świadczenia). Szczegółowe zasady odpowiedzialności Ubezpieczyciela, definicje poszczególnych zdarzeń ubezpieczeniowych, karencje, ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela oraz zasady ustalania składki ubezpieczeniowej określone są w OWU IK 01/15.
Kto może być ubezpieczony?	Były pracownik ubezpieczającego objęty ubezpieczeniem grupowym przez okres co najmniej 6 miesięcy lub były pracownik ubezpieczającego, objęty ubezpieczeniem grupowym przez okres co najmniej 1 miesiąca jeżeli umowa o pracę wiążącą go z ubezpieczającym, została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy; Pracownik ubezpieczającego przebywający na urlopie macierzyńskim, wychowawczym lub urlopie bezpłatnym; Małżonek lub partner i pełnoletnie dziecko - pod warunkiem indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia przez pracownika.
Kto nie może być ubezpieczony?	Były pracownik ubezpieczającego nie spełniający powyższych kryteriów; Pracownik ubezpieczającego z wyjątkiem pracownika przebywającego na urlopie macierzyńskim, wychowawczym, bezpłatnym; Małżonek lub partner pracownika oraz pełnoletnie dziecko - jeżeli pracownik nie kontynuuje indywidualnie ubezpieczenia grupowego.
Okres trwania umowy	Umowa roczna z możliwością przedłużenia na kolejne okresy 12-miesięczne.
Odstąpienie lub wypowiedzenie umowy	Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi oświadczenie w tym przedmiocie. Jeżeli koniec okresu wypowiedzenia, ustalonego w sposób wskazany w zdaniu poprzednim, nie przypada w ostatnim dniu okresu, za który opłacona jest składka ubezpieczeniowa, okres wypowiedzenia ulegnie zmianie. W tej sytuacji umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu na koniec okresu, za który opłacona jest składka ubezpieczeniowa i w trakcie którego doszło do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Oświadczenia o odstąpieniu lub wypowiedzeniu umowy mogą być złożone w formie pisemnej lub w inny sposób ustalony pomiędzy stronami.
Sposób opłacenia składek i okresy płatności	Przelew przez Ubezpieczającego na indywidualny numer konta bankowego wskazany w polisie. Kwartalna częstotliwość opłacania składki zgodnie z terminem wskazanym w polisie.
Zgłaszanie roszczeń	Elektronicznie pod adresem https://zgloszenia.ergohestia.pl , a także listownie na adres ERGO Hestii.

III. DANE UBEZPIECZONEGO (WYPEŁNIA UBEZPIECZONY)

🔒 UBEZPIECZONY W UMOWIE GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA = UBEZPIECZAJĄCY W UMOWIE INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI

Imię			
Nazwisko			
PESEL	Płeć ☐ K ☐ M	Data urodzenia (DD:MM:RRRR)	Obywatelstwo
Seria i numer dokumentu stwierdzającego tożsamość	Państwo urodzenia		

Czy osoba ubiegająca się o indywidualne kontynuowanie grupowego ubezpieczenia na życie jest (prosimy zaznaczyć właściwy kwadrat)?

☐ Byłym pracownikiem	☐ Współmałżonkiem byłego pracownika	☐ Inną osobą (jak?)
---	--	--

IV. DANE ADRESOWE (PROSIMY O PODANIE STAŁEGO ADRESU ZAMIESZKANIA)

Kraj	Miejscowość	Kod
Pocztą	Ulica	Numer domu Numer lokalu
Telefon	Stacjonarny	Komórkowy
E-mail		
Wnoszę o przesłanie przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie korespondencji związanej z wykonywaniem wszystkich czynności ubezpieczeniowych za pomocą środków porozumiewania się na odległość (telefon, e-mail) na podane przeze mnie dane kontaktowe, a odpowiedzi na złożone reklamacje na wskazany w danych adres e-mail. Zobowiązuję się do aktualizacji danych. (Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian.)		
☐ NIE ☐ TAK		

V. ADRES KORESPONDENCYJNY (PROSIMY WYPEŁNIĆ JEŻELI JEST INNY NIŻ STAŁY ADRES ZAMIESZKANIA)

Kraj	Miejscowość	Kod _____ - _____	
Pocztą	Ulica	Numer domu	Numer lokalu

VI. DANE Z POLISY

Nazwa dotychczasowego pracodawcy	
Numer polisy grupowej	Numer potwierdzenia objęcia umową grupowego ubezpieczenia na życie

VII. BENEFICJENCI GŁÓWNI

(PROSIMY O WSKAZANIE BENEFICJENTÓW - W RAZIE BRAKU WSKAZANIA BENEFICJENTA - UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA SĄ OSOBY WSKAZANE W OGÓLNYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma				100%

VIII. BENEFICJENCI DODATKOWI

(WYPŁATA BENEFICJENTOWI DODATKOWEMU ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO NASTĄPI TYLKO W PRZYPADKU, GDY ŻADNEMU Z BENEFICJENTÓW GŁÓWNYCH NIE PRZYSŁUGUJE ŚWIADCZENIE LUB WSZYSCY BENEFICJENCI GŁÓWNI NIE ŻYJĄ)

Nazwisko i imiona	Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Stopień pokrewieństwa	Kwota [w %]
1.				
2.				
3.				
Suma				100%

IX. INNE ZMIANY

Dyspozycje innych zmian

--

X. PODSTAWA INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Data zatrudnienia przez pracodawcę (DD:MM:RRRR) _____	Okres, za który opłacano składkę w grupie
Podstawa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie (prosimy wpisać przyczynę opuszczenia grupy)	

XI. W PRZYPADKU BRAKU 12-MIESIĘCZNEJ OCHRONY GRUPOWEJ W NASZYM TOWARZYSTWIE PROSIMY O WYPEŁNIENIE PONIŻSZYCH RUBRYK

Czy ubezpieczony przystępując do ubezpieczenia zrezygnował z innego ubezpieczenia grupowego obowiązującego wówczas u pracodawcy? ☐ NIE ☐ TAK	Jeżeli tak prosimy wpisać okres obejmowania ubezpieczeniem w poprzedniej umowie ubezpieczenia grupowego (od DD:MM:RRRR - do DD:MM:RRRR) od _____ do _____
---	--

XII. OŚWIADCZENIE SKŁADANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

ERGO Hestia jest administratorem Pana/Pani danych osobowych. Pełna treść oświadczenia ERGO Hestii jako administratora danych osobowych znajduje się w OWU IK 01/15.

XIII. OŚWIADCZENIA SKŁADANE PRZEZ OSOBĘ UBEZPIECZANĄ

Niniejszym wnioskuję o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. Oświadczam, że otrzymałem/am Ogólne Warunki Indywidualnej Kontynuacji Grupowego Ubezpieczenia na Życie Pracowników i Ich Rodzin (kod: IK 01/15) na podstawie których zawarta zostanie z ERGO Hestią umowa ubezpieczenia - zgodnie z niniejszym wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie oraz że zapoznałem/am się z ww. Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia i w pełni je akceptuję.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH DOTYCZĄCYCH STANU ZDROWIA

Wyrażam zgodę, aby w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, dane dotyczące mojego stanu zdrowia pozyskane przez ERGO Hestię na podstawie udzielonych przeze mnie upoważnień były wykorzystywane przez ERGO Hestię w celu wykonania umowy ubezpieczenia. (Od wyrażenia zgody na powyższe uzależnia się zawarcie umowy ubezpieczenia).	☐
--	--------------------------

UPOWAŻNIENIA DO ZASIĘGANIA INFORMACJI O UBEZPIECZONYM (OD PONIŻSZYCH UPOWAŻNIENIŃ UZALEŻNIA SIĘ OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ, BRAK ZAZNACZENIA OKIENKA JEST RÓWNOZNACZNE Z NIEWYRAŻENIEM UPOWAŻNIENIA)

W przypadku objęcia mnie ochroną ubezpieczeniową upoważniam ERGO Hestię do uzyskiwania, na podstawie art. 38 ust. 8 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej od Narodowego Funduszu Zdrowia danych o nazwach i adresach świadczeniodawców, którzy udzielili mi świadczeń opieki zdrowotnej w związku z wypadkiem lub zdarzeniem losowym, będącym podstawą ustalenia odpowiedzialności oraz wysokości odszkodowania lub świadczenia. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz przez 3 lata od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci.	☐
Upoważniam ERGO Hestię, na podstawie art. 38 ust 6 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej do uzyskiwania, również po mojej śmierci, od każdego z podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przeze mnie danych o moim stanie zdrowia, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, również ustaleniem mojego prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia. Zakres informacji obejmuje, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, informacje o: przyczynach hospitalizacji, wykonywanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli zostanie przeprowadzona; przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonywanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach; wynikach przeprowadzonych konsultacji; przyczynie śmierci. Z uwagi na niezbędność niniejszego upoważnienia dla celów należytego wykonania umowy ubezpieczenia, tj. do ustalania odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wypłaty świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia, powyższe upoważnienie jest nieodwołalne w okresie trwania umowy ubezpieczenia/ochrony ubezpieczeniowej oraz przez 3 lata od daty jej zakończenia i obowiązuje również po mojej śmierci.	☐

Oświadczam, że jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne ¹ , członkiem rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne ² lub osobą znaną jako bliski współpracownik osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne ³ .	☐ NIE ☐ TAK
---	---

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.
W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK proszę o podanie źródła pochodzenia majątku:
☐ umowa o pracę/emerytura, ☐ działalność gospodarcza/udziały w spółkach/wolny zawód, ☐ darowizna/spadek, ☐ wygrana losowa, ☐ inne.

¹ Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018, poz. 723) przez osobę zajmującą eksponowane stanowiska polityczne rozumie się osoby fizyczne zajmujące znaczące stanowiska lub pełniące znaczące funkcje publiczne, w tym:

- a) szefów państw, szefów rządów, ministrów, wice ministrów, sekretarzy stanu, podsekretarzy stanu, w tym Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Prezesa Rady Ministrów i wiceprezesa Rady Ministrów,
- b) członków parlamentu lub podobnych organów ustawodawczych, w tym posłów i senatorów,
- c) członków organów zarządzających partii politycznych,
- d) członków sądów najwyższych, trybunałów konstytucyjnych oraz innych organów sądowych wysokiego szczebla, których decyzje nie podlegają zaskarżeniu, z wyjątkiem trybów nadzwyczajnych, w tym sędziów Sądu Najwyższego, Trybunału Konstytucyjnego, Naczelnego Sądu Administracyjnego, wojewódzkich sądów administracyjnych oraz sędziów sądów apelacyjnych,
- e) członków trybunałów obrachunkowych lub rządów banków centralnych, w tym Prezesa oraz członków Zarządu NBP,
- f) ambasadorów, chargés d'affaires oraz wyższych oficerów sił zbrojnych,
- g) członków organów administracyjnych, zarządczych lub nadzorczych przedsiębiorstw państwowych, w tym dyrektorów przedsiębiorstw państwowych oraz członków zarządów i rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa, w których ponad połowa akcji albo udziałów należy do Skarbu Państwa lub innych państwowych osób prawnych,
- h) dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz członków organizacji międzynarodowych lub osoby pełniące równoważne funkcje w tych organizacjach,
- i) dyrektorów generalnych w urzędach naczelnych i centralnych organów państwowych, dyrektorów generalnych urzędów wojewódzkich oraz kierowników urzędów terenowych organów rządowej administracji specjalnej;

² Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018, poz. 723) przez członków rodziny osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne rozumie się:

- a) małżonka lub osobę pozostającą we wspólnym pożyciu z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne,
- b) dziecko osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne i jego małżonka lub osoby pozostającej we wspólnym pożyciu,
- c) rodziców osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne;

³ Zgodnie z art. 2 ust. 2 pkt 12 ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. 2018, poz. 723) przez osoby znane jako bliscy współpracownicy osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne rozumie się:

- a) osoby fizyczne będące beneficjentami rzeczywistymi osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustów wspólnie z osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne lub utrzymujące z taką osobą inne bliskie stosunki związane z prowadzoną działalnością gospodarczą,
- b) osoby fizyczne będące jedynym beneficjentem rzeczywistym osób prawnych, jednostek organizacyjnych nieposiadających osobowości prawnej lub trustu, o których wiadomo, że zostały utworzone w celu uzyskania faktycznej korzyści przez osobę zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA INNY NIŻ PISMO TRWAŁY NOŚNIK

Wyrażam zgodę, aby ERGO Hestia przekazywała mi informacje lub dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia na innym niż papier trwałym nośniku (tj. na podany przeze mnie adres e-mail, na płycie CD, w indywidualnym koncie internetowym udostępnionym przez Ubezpieczyciela)*.	☐ NIE ☐ TAK
---	---

OŚWIADCZENIE O UDOSTĘPNIANIU I PRZETWARZANIU DANYCH UBEZPIECZONEGO

Zgadzam się, aby moje dane osobowe przekazane Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w Sopocie, mogły być udostępnione Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń ERGO Hestia SA w Sopocie w celu marketingu bezpośredniego własnych produktów i usług, w tym prezentacji ofert ubezpieczenia*.	☐ NIE ☐ TAK
---	---

* Od wyrażenia zgody na powyższe nie uzależnia się objęcia ochroną w ramach umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie. W przypadku wycofania zgody prosimy o przesłanie decyzji na Druku zmian.

Oświadczam, że przed złożeniem niniejszego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie dystrybutor ubezpieczeń **(prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem x)**:**

☐ zbadał i określił moje wymagania oraz potrzeby ubezpieczeniowe,

☐ przekazał mi wymagane ustawą o dystrybucji ubezpieczeń z dnia 15.12. 2017r. (Dz. U. z 2017r., poz. 2486 ze zm.), dalej „ustawa o dystrybucji”, obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym (informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte w niniejszym wniosku),

☐ przekazał mi wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze.

** Ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych poczynwszy od dnia 1.10.2018 r.

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę, aby wszystkie oświadczenia złożone w niniejszym wniosku o ubezpieczenie na życie oraz innych dokumentach przedłożonych Sopockiemu Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ERGO Hestia SA w związku z przedmiotowym ubezpieczeniem, stanowiły podstawę do zawarcia wnioskowanej umowy ubezpieczenia.

Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Ubezpieczonego

Prosimy o wpłacenie pierwszej kwartalnej składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy: Pekao SA: 85 1240 1053 1111 0010 3349 5816 w tytule wpłaty prosimy wpisać: IK
Niniejszy wniosek zostanie rozpatrzony przez ERGO Hestię wyłącznie w przypadku otrzymania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego.
Wraz z niniejszym wnioskiem prosimy o dostanie kserokopii dowodu wpłaty pierwszej składki ubezpieczeniowej.

XIV. OŚWIADCZENIA POŚREDNIKA - DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEŃ

Oświadczam, iż przed złożeniem niniejszego wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie **(prosimy wybrać właściwe pole i zakreślić je znakiem x)**:**

☐ przeprowadziłem badanie potrzeb oraz wymagań ubezpieczeniowych Ubezpieczającego, w rozumieniu ustawy,

☐ przekazałem Ubezpieczającemu wymagane ustawą o dystrybucji obiektywne informacje o produkcie ubezpieczeniowym (informacje o produkcie ubezpieczeniowym zawarte w niniejszym wniosku),

☐ przekazałem Ubezpieczającemu wymagane ustawą o dystrybucji informacje o dystrybutorze ubezpieczeń,

☐ doręczyłem Ubezpieczającemu OWU IK 01/15 do proponowanego produktu ubezpieczeniowego.

** Ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych poczynwszy od dnia 1.10.2018 r.

Potwierdzam, że wszystkie informacje i oświadczenia składane w niniejszym wniosku o zawarcie indywidualnej kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie przez Ubezpieczającego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zostały złożone w mojej obecności po zweryfikowaniu przeze mnie tożsamości Ubezpieczającego oraz poprawności jego danych na podstawie okazanego dokumentu tożsamości ze zdjęciem.

XV. PODPIS POŚREDNIKA - DYSTRYBUTORA UBEZPIECZEŃ

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis Pośrednika

XVI. WYPEŁNIA STUŃ ERGO HESTIA SA

Typ ubezpieczenia grupowego	
Data rozpoczęcia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym	
Data zakończenia ochrony w ostatnim potwierdzeniu grupowym	
Wysokość składki należnej z tytułu IKG	
Wysokość wpłaconej składki	
Data wpływu pierwszej składki na konto Ubezpieczyciela	
Data rozpoczęcia ochrony w polisie IKG	
Uwagi	

XVII. PODPIS UPOWAŻNIONEGO PRACOWNIKA

Imię i nazwisko	Miejscowość	Data (DD:MM:RRRR)	Podpis