



CONCORDIA
UBEZPIECZENIA

WTUŻiR Concordia Capital SA

ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań

Uzupełnienie ankiety medycznej do wniosku o przyjęcie do ubezpieczenia

Data, miejscowość

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko Ubezpieczającego

PESEL Ubezpieczającego

Numer wniosku

UZUPEŁNIENIE ODPOWIEDZI W RAMACH ANKIETY MEDYCZNEJ DO WNIOSKU O PRZYJĘCIE DO UBEZPIECZENIA

Oświadczam, że:

Podpis Ubezpieczającego