

**DEKLARACJA ZMIANY SUMY UBEZPIECZENIA
GRUPOWEGO UBEZPIECZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ
FUNKCJONARIUSZY PODLASKIEGO ODDZIAŁU STRAŻY GRANICZNEJ**

zgodnie z umową ubezpieczenia, polisa nr 908210765466

warunki ubezpieczenia od 01/08/2020

Oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami ubezpieczenia i deklaruję podwyższenie sumy ubezpieczenia umowy grupowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej funkcjonariuszy Straży Granicznej wg następującego WARIANTU:

WARIANT II
Suma ubezpieczenia: 20.000 zł
Składka płatna miesięcznie: 21 zł

Jednocześnie upoważniam Pracodawcę do potrącania składki z mojego wynagrodzenia.

LP	IMIĘ I NAZWISKO	NR PESEL	PODPIS
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

LISTA OBEJMUJE OSOBY DEKLARUJĄCE ZMIANĘ SUMY UBEZPIECZENIA OD DNIA:.....