

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

PESEL

MACIF Życie TUW  
UL. BEMA 89  
01-233 WARSZAWA

Oświadczam, jako opiekun prawny niepełnoletniego Ubezpieczonego:

Imię i nazwisko

PESEL

iż wyrażam zgodę na zawarcie Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie Acti GWARANT w MACIF Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych przez:

Imię i nazwisko

, jako Ubezpieczającego.

Data: <table border="1"><tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td><td>R</td></tr></table>	D	D	M	M	R	R	R	R	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis opiekuna prawnego ▼
D	D	M	M	R	R	R	R			