



DEKLARACJA ZGODY

Numer Umowy Generalnej

Początek okresu odpowiedzialności DD MM RRRR

1. DANE UBEZPIECZONEGO W pozycjach, które wymagają wyboru prosimy wpisać X w odpowiednim polu.

Imię Drugie imię

Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL Płeć K M

Wykształcenie* podsta- średnie wyższe wyższe Stan cywilny* wolny(a) żonaty/ wdowiec / zameżna wdowa Obywatelstwo

Symbol dokumentu tożsamości¹⁾ Seria i numer

¹⁾ –Symbole dokumentów tożsamości: **DO - dowód osobisty, PA - paszport, DT - dowód tymczasowy, KP - karta pobytu, OO - inny**

Numer telefonu komórkowego Numer telefonu domowego

E-mail* numer kierunkowy miejscowości

Adres zameldowania

ulica numer domu numer lokalu

-
kod kraju kod pocztowy miejscowość

|
pocztą województwo

Adres do korespondencji*

jeżeli inny niż zameldowania ulica numer domu numer lokalu

-
kod kraju kod pocztowy miejscowość

|
pocztą województwo

Data zatrudnienia przez Ubezpieczającego DD MM RRRR Stanowisko

2. DANE UPOSAŻONYCH*

Imię Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

Imię Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

Imię Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

3. DANE UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH*

Imię Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

Imię Nazwisko

Data urodzenia DD MM RRRR PESEL % udziału

*) - pola, których wypełnienie danych jest dobrowolne

