

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem członków rodziny

Dane osoby ubiegającej się:

Imię		Nazwisko	
PESEL	NIP	Stan cywilny	
Miejsce zameldowania:		Miejsce zamieszkania:	

Dane członków rodziny osoby ubezpieczonej

Lp	Imię	Nazwisko	PESEL	NIP	Miejsce zameldowania	Miejsce zamieszkania	Stopień Pokrewieństwa	Kod stopnia niepełno- sprawności
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								

.....
/data i podpis/.....