# ZAŁĄCZNIK NR 4 DO WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Prosimy o uzupełnienie w sytuacji gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub jednostką organizacyjną nieposiadają osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną lub też osobą prawną.

## Ubezpieczający

Imię i nazwisko/Nazwa firmy

PESEL/NIP

## Ubezpieczony

Imię i nazwisko

PESEL

## Dane osoby reprezentującej osobę fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą lub jednostkę organizacyjną nieposiadającej osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną.

| Imię i nazwisko | PESEL |
|---|---|
| | |
| | |

| Państwo urodzenia | Data urodzenia |
|---|---|
| | |
| | |

## Dane osoby / osób reprezentujących osobę prawną

| Imię i nazwisko | PESEL |
|---|---|
| | |

| Państwo urodzenia | Data urodzenia |
|---|---|
| | |

| Imię i nazwisko | PESEL |
|---|---|
| | |

| Państwo urodzenia | Data urodzenia |
|---|---|
| | |

| Imię i nazwisko | PESEL |
|---|---|
| | |

| Państwo urodzenia | Data urodzenia |
|---|---|
| | |

| Data: | Miejscowość: | ▼Czytelny podpis Ubezpieczającego▼ |
|---|---|---|
| D D M M R R R R | | |