



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 nieposiadającą osobowości prawnej, której ustawa przyznaje zdolność prawną lub też osobą prawną.

Ubezpieczający

Imię i nazwisko / Nazwa firmy																					
PESEL / NIP																					
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

Ubezpieczony

Imię i nazwisko																					
PESEL																					
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

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

	Imię i nazwisko	PESEL																					
1.		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					
2.		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

	Państwo urodzenia	Data urodzenia								
1.		<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
D	D	M	M	R	R	R	R			
2.		<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
D	D	M	M	R	R	R	R			

Dane osoby / osób reprezentujących osobę prawną

	Imię i nazwisko	PESEL																					
1.		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

	Państwo urodzenia	Data urodzenia								
1.		<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
D	D	M	M	R	R	R	R			

	Imię i nazwisko	PESEL																					
2.		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

	Państwo urodzenia	Data urodzenia								
2.		<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
D	D	M	M	R	R	R	R			

	Imię i nazwisko	PESEL																					
3.		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																					

	Państwo urodzenia	Data urodzenia								
3.		<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
D	D	M	M	R	R	R	R			

Data:	Miejscowość:	Czytelny podpis Ubezpieczającego:								
<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		
D	D	M	M	R	R	R	R			