

Załącznik nr 2

DANE OSÓB DODATKOWO ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA

(pakiet partnerski i rodzinny)

Osoba nr 1.

<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Data urodzenia	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Miejsce urodzenia	
Nazwisko			Imię	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> Inne		PESEL	
Nr telefonu				

Osoba nr 2.

<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Data urodzenia	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Miejsce urodzenia	
Nazwisko			Imię	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> Inne		PESEL	
Nr telefonu				

Osoba nr 3.

<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Data urodzenia	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Miejsce urodzenia	
Nazwisko			Imię	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> Inne		PESEL	
Nr telefonu				

Osoba nr 4.

<input type="checkbox"/> Pan <input type="checkbox"/> Pani	Data urodzenia	____ ____ ____ ____ ____ ____ ____ ____	Miejsce urodzenia	
Nazwisko			Imię	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> Inne		PESEL	
Nr telefonu				