

## KWESTIONARIUSZ ZWIĄZANY ZE ZGŁOSZENIEM DO UBEZPIECZENIA

**PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE DOKUMENTU – DRUKOWANYMI LITERAMI !!!**

Imię/imiona i nazwisko .....

Data i miejsce urodzenia .....

Nazwisko rodowe .....

Obywatelstwo .....

Telefon kontaktowy .....

PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Posiadanie ustalonego prawa do:**

- emerytury

TAK/NIE

- renty

TAK/NIE

**Posiadam/nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności (kopia dokumentu)**

TAK/NIE

Okres na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności od .....

do ..... ; jaki stopień .....

**Posiadam/nie posiadam orzeczenie o niezdolności do pracy (kopia dokumentu)**

TAK/NIE

Okres na jaki orzeczony został stopień niepełnosprawności od .....

do ..... ; jaki stopień .....

**Adres zameldowania:**

<b>Województwo</b>	
<b>Powiat</b>	
<b>Gmina</b>	
<b>Miejscowość, kod pocztowy</b>	
<b>Ulica, nr domu i mieszkania</b>	

