**WNIOSEK – UBEZPIECZENIE UTRATY DOCHODU**

imię i nazwisko:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data urodzenia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zawód:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Czy jesteś zainteresowany ubezpieczeniem okresowej niezdolności do pracy: TAK / NIE
   1. Jeśli TAK, podaj sumę ubezpieczenia (świadczenie miesięczne – max 65% średnich miesięcznych przychodów)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Czy jesteś zainteresowany / a ubezpieczeniem trwałej niezdolności do pracy TAK / NIE
   1. Jeśli TAK, podaj sumę ubezpieczenia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Podpis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_