**Oświadczenie ubezpieczonego dla celów ubezpieczeniowych**

**Nazwisko i imię : ..........................................................................**

**Drugie imię ...................................................................................**

**Nazwisko rodowe : ......................................................................**

**Imiona rodziców: .........................................................................**

**Data urodzenia :............................................................................**

**Miejsce urodzenia: .......................................................................**

**Wykształcenie : .............................................................................**

**Adres : ............................................................................................**

**Gmina:............................, powiat:................................,województwo:.............................**

**Miejsce czasowe zamieszkania :**

**..............................................................................................................................**

**Seria i nr dowodu osobistego : .........................................................................**

**PESEL : ..............................................................................................................**

**NIP/** podać tylko w przypadku prowadzenia działalności gospodarczej/.............................

**Telefon : .............................................................................................**

**Nazwa, kod pocztowy i adres urzędu skarbowego właściwego do rozliczenia**

**rocznego : ...........................................................................................................**

**............................................................................................................................**

**Mam ustalony stopień niepełnosprawności** **Tak** □ **Nie** □

□ znaczny □ umiarkowany □ lekki

**NFZ Oddział: ....................................................................................................**

**Posiadam konto osobiste w banku : ................................................................**

**Nr konta : ...........................................................................................................**

**Wyrażam/nie wyrażam zgodę na przelanie należności na moje konto.**

**............................... ................................**

 / data wypełnienia / /podpis ubezpieczonego/