

DANE DO UBEZPIECZENIA KOMUNIKACYJNEGO - UBEZPIECZYCIEL

TYP KLIENTA	OSOBA FIZYCZNA	JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA	
PESEL UBEZPIECZAJĄCEGO			
IMIĘ			
NAZWISKO			
NAZWISKO RODOWE			
DATA UZYSKANIA PRAWA JAZDY			
KOD POCZTOWY MIEJSCA ZAMELDOWANIA			
MIEJSCE ZAMELDOWANIA			
PREFIKS NAZWY ULICY	UL. <input type="checkbox"/>	UL. <input type="checkbox"/>	
	AL. <input type="checkbox"/>	AL. <input type="checkbox"/>	
	OS. <input type="checkbox"/>	OS. <input type="checkbox"/>	
	PL. <input type="checkbox"/>	PL. <input type="checkbox"/>	
	RONDO <input type="checkbox"/>	RONDO <input type="checkbox"/>	
NAZWA ULICY			
NUMER BUDYNKU			
NUMER LOKALU			
ADRES ZAMIESZKANIA JEŻELI INNY NIŻ ZAMELDOWANIA			
NUMER TELEFONU			
ADRES MAILOWY			
STAN CYWILNY	panna/kawaler <input type="checkbox"/>	panna/kawaler <input type="checkbox"/>	
	mężatką/zonaty <input type="checkbox"/>	mężatką/zonaty <input type="checkbox"/>	
	rozwidziona/rozwidziony <input type="checkbox"/>	rozwidziona/rozwidziony <input type="checkbox"/>	
	wdowa/wdowiec <input type="checkbox"/>	wdowa/wdowiec <input type="checkbox"/>	
ZAWÓD UBEZPIECZAJĄCEGO			
CZY UBEZPIECZAJĄCY POSIADA DZIECI PONIŻEJ 26 LAT (JEŻELI TAK TO PODAJ ROK URODZENIA NAJSTARSZEGO)			
DATA ROZPOCZĘCIA OCHRONY			
ILE BĘDZIE DODATKOWYCH KIEROWCÓW:			