

.....  
(Imię i nazwisko Ubezpieczonego)

..... *dnia*.....  
(miejscowość)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(kod i miejscowość)

.....  
(PESEL)

### Oświadczenie

*Ja niżej podpisany(a), oświadczam, że pozostaję aktualnie w związku małżeńskim z:*  
*imię i nazwisko* ..... *nazwisko rodowe* .....  
*PESEL*.....*zamieszkałym(a)*.....  
.....  
*dane rodziców (imię ojca)*.....*imię matki*.....  
*nazwisko rodowe matki* .....

.....  
(podpis Ubezpieczonego zgodny z podpisem w dokumencie tożsamości)