



ŽÁDOST O Zahrnutí obmyšlené osoby

Já, *jméno + datum narození, rodné číslo* žádám o zahrnutí obmyšlené osoby ve smlouvě úrazového pojištění číslo 8001052713.

Obmyšlená osoba:

Rodné číslo:

Adresa:

Procentní podíl:

Podpis pojištěného: