KUBRYK

Ubezpieczający:						
Imię	Nazwisko	Adres	Kod poczt.	Miasto	Telefon	E-mail

Okres ubezpieczenia od:		do:	

	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Choroba przewlekła TAK / NIE		Pakiet					
						Rejs do 20 mil morskich od brzegu			Rejs powyżej 20 mil morskich od brzegu		
						SILVER	GOLD	PLAT.	SILVER	GOLD	PLAT.
1				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12				☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐