



więcej / niż standard

ubezpieczenia

Wniosek

o wypłatę świadczenia z ubezpieczenia NNW*

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> uszczerbek lub uszkodzenie ciała Ubezpieczonego spowodowane NW / oparzenia, odmrożenia / pogryzienie przez psa | <input type="checkbox"/> śmierć współmałżonka Ubezpieczonego spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> utrata zębów stałych u Ubezpieczonego spowodowana NW | <input type="checkbox"/> osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> wstrząśnienie mózgu u Ubezpieczonego spowodowane NW | <input type="checkbox"/> niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów nabycia protez i środków pomocniczych Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego spowodowanych NW | <input type="checkbox"/> zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wyniku NW |
| <input type="checkbox"/> zwrot kosztów leczenia stomatologicznego | <input type="checkbox"/> inwalidztwo Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW/zawałem serca lub udarem mózgu | <input type="checkbox"/> całkowite i trwale inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem |
| <input type="checkbox"/> śmierć Ubezpieczonego spowodowana wypadkiem komunikacyjnym | <input type="checkbox"/> operacja medyczna Ubezpieczonego |
| <input type="checkbox"/> śmierć rodzica Ubezpieczonego spowodowana NW | |

1 Dane polisy

Numer polisy

Nazwa Ubezpieczającego (lub pieczętka)

2 Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Telefon kontaktowy

E-mail

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

3 Oświadczenie przedstawiciela ustawowego/opiekuna prawnego Ubezpieczonego (prosimy wypełnić w przypadku, gdy Ubezpieczony jest małoletni)

Oświadczam, że opiekę prawną nad małoletnim/mалоletnią sprawują aktualnie następujące osoby:

Nazwisko i imię opiekuna prawnego

Stopień pokrewieństwa

Telefon kontaktowy

PESEL opiekuna

E-mail

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu/lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

4 Dane Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego do odbioru świadczenia

Nazwisko _____ Imię, imiona _____

DDMMRRRR _____ PESEL _____ Państwo urodzenia _____ Pleć kobieta mężczyzna

Data urodzenia _____

Obywatelstwo polskie inne (jeśli inne niż polskie, prosimy podać jakie) _____

DDMMRRRR _____ dowód osobisty paszport karta pobytu _____
Seria i numer dokumentu tożsamości _____ Data ważności dokumentu _____

DDMMRRRR _____ stacjonarny _____
Telefon _____ komórkowy Godziny kontaktu _____ E-mail _____

5 Oświadczenie osoby zajmującej eksponowane stanowisko polityczne

W przypadku wątpliwości co do definicji lub jeśli w oświadczeniu w tej sekcji zaznaczono „Tak”, należy wypełnić dodatkowo Formularz AML i rezydencji podatkowej.

Oświadczam, iż jestem osobą zajmującą eksponowane stanowisko polityczne.***

Uprawniony: Tak Nie

6 Dane dotyczące zdarzenia ubezpieczeniowego*

DDMMRRRR _____ Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego/Współmałżonek**
Data wypadku pieszy rowerzysta pasażer pojazdu silnikowego kierujący pojazdem silnikowym

Rodzaj wypadku: wypadek w pracy/w szkole wypadek komunikacyjny wypadek w domu inny _____

Okoliczności i miejsce wypadku: _____

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego był sprawcą wypadku?* Tak Nie

Czy Ubezpieczony/rodzic Ubezpieczonego w chwili wypadku był pod wpływem alkoholu?* Tak Nie

Kto i gdzie udzielił Ubezpieczonemu pierwszej pomocy bezpośrednio po wypadku?*

Czy był spisany protokół policyjny lub protokół sporządzony przez Ubezpieczonego?* Tak Nie
Jeżeli tak, należy dołączyć kopię protokołu.

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie: _____

7 Dane dotyczące leczenia*

leczenie obrażeń ciała po wypadku leczenie poważnego zachorowania leczenie operacyjne pobyt w szpitalu

Data operacji medycznej/rozpoznania poważnego zachorowania _____
DDMMRRRR

Rodzaj operacji medycznej/poważnego zachorowania _____

Data pobytu w szpitalu _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Przyczyna pobytu w szpitalu choroba wypadek

Przebieg leczenia (adresy placówek) po wypadku/wystąpieniu choroby _____ Data leczenia _____

1) _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

2) _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

3) _____ od DDMMRRRR do DDMMRRRR

Czy leczenie zostało zakończone? Tak Nie _____
Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia DDMMRRRR

Czy rehabilitacja została zakończona? Tak Nie _____
Jeżeli nie, przewidywana data zakończenia DDMMRRRR

Nazwisko i adres lekarza leczącego Ubezpieczonego/rodzica, lekarza pierwszego kontaktu oraz adres przychodni, w której zarejestrowany(a) jest Pan(i) obecnie, a także był(a) poprzednio, jeżeli zmiana miała miejsce w ciągu ostatniego roku: _____

*** Zgodnie z definicją w ustawie o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy i finansowaniu terroryzmu, za takie osoby uznaje się w szczególności: (a) osoby pełniące istotne funkcje publiczne, np.: ministrów, posłów, senatorów, ambasadorów, dyrektorów przedsiębiorstw i urzędów państwowych, członków najwyższych organów sądowych, oraz (b) osoby znane jako bliscy współpracownicy takich osób; (c) członków najbliższej rodziny takich osób (rodziców, dzieci, małżonków).

8 Dane dotyczące zgonu Ubezpieczonego / rodzica Ubezpieczonego / współmałżonka*

___D___D___M___M___R___R___R___R___

Przyczyna zgonu

choroba wypadek inne

Data zgonu

Okoliczności i miejsce zgonu: _____

Czy była przeprowadzona sekcja zwłok?

Jeżeli tak, prosimy dołączyć jej wynik.

Tak Nie

Czy w związku ze śmiercią policja, prokuratura, sąd prowadzi postępowanie wyjaśniające?

Jeżeli tak, należy dołączyć protokół.

Tak Nie

Adres policji, prokuratury, sądu – jeżeli prowadzone jest postępowanie: _____

9 Oświadczenia Ubezpieczonego / rodzica / opiekuna prawnego

Upoważniam AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”) do wystąpienia do podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, o przekazanie informacji dotyczących mego stanu zdrowia niezbędnych do ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia, obejmujących informacje o:

- 1) przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona;
 - 2) przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach;
 - 3) wynikach przeprowadzonych konsultacji;
 - 4) przyczynie mojej śmierci,
- z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Równocześnie wyrażam zgodę na udostępnienie Towarzystwu przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej wymienionych powyżej informacji o stanie mojego zdrowia, o które Towarzystwo będzie zapytywało w związku z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Chłodnej 51 („Towarzystwo”), moich danych o stanie zdrowia zawartych w tym wniosku oraz w innych dokumentach przekazanych Towarzystwu, w tym także danych ujawnionych Towarzystwu w okresie obowiązywania i wykonywania umowy ubezpieczenia, w celu wykonywania umowy ubezpieczenia, w tym w celu realizacji świadczeń ubezpieczeniowych, oraz na udostępnienie przez Towarzystwo tych danych Partnerowi Medycznemu AXA do celów związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia.

Wyrażoną zgodę można wycofać w dowolnym momencie. Jej wycofanie nie wpływa jednak na prawidłowość przetwarzania danych, które miało miejsce, zanim zgoda została wycofana.

Oświadczam, że przed wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych osobowych zostały mi udostępnione informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

W przypadku gdy wniosek dotyczy rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego dziecka, wyrażenia „mi”, „mnie”, „moje” w odniesieniu do danych osobowych należy odnosić do danych osobowych dziecka.

___D___D___M___M___R___R___R___R___

Data

Podpis Ubezpieczonego / pełnoletniego dziecka, a w przypadku dziecka niepełnoletniego – podpis jego rodzica/opiekuna prawnego (w imieniu dziecka)

10 Forma wypłaty świadczenia*

Przelew bankowy

Właściciel konta

Adres właściciela rachunku bankowego

___N___U___M___R___R___R___R___
Numer konta

Przekaz pocztowy

Adres

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą. Oświadczam, że otrzymałem(am) informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Miejscowość

___D___D___M___M___R___R___R___R___

Data

Podpis Ubezpieczonego / opiekuna prawnego / przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego / Uposażonego / Uprawnionego

11 Oświadczenia

1. Oświadczam, iż powyższe informacje są zgodne z prawdą oraz że przesłane przeze mnie kopie dokumentów są zgodne z oryginałami. Zdaję sobie sprawę z faktu, iż w przypadku podania informacji nieprawdziwych lub zatajenia informacji prawdziwych AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia i kodeksie cywilnym. Ponadto oświadczam, iż wiem, że podrobienie lub przerobienie dokumentu lub posłużenie się takim dokumentem jako autentycznym jest występkiem w rozumieniu kodeksu karnego.

2. Wyrażam zgodę na przekazywanie mi informacji dotyczących niniejszego wniosku (w tym decyzji o wypłacie, odmowie wypłaty lub uzupełnieniu dokumentów) przez AXA Ubezpieczenia Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A., z siedzibą w Warszawie, za pośrednictwem wiadomości tekstowych SMS na podany przeze mnie powyżej numer telefonu oraz na podany adres e-mail.

___D___D___M___M___R___R___R___R___

Data

Miejscowość

___D___D___M___M___R___R___R___R___

Data

Miejscowość

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

Podpis Ubezpieczonego/opiekuna prawnego/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego/Uposażonego/Uprawnionego

* Prosimy zaznaczyć odpowiednie pole.

** Niepotrzebne skreślić.

Uszczerbek lub uszkodzenie ciała spowodowane NW / Pogryzienie przez psa / Oparzenia, odmrożenia / Utrata zębów stałych / Wstrząśnienie mózgu / Zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji / niezdolność Ubezpieczonego do pracy w wyniku NW / zwrot kosztów przekwalifikowania zawodowego Ubezpieczonego w wyniku NW / zwrot kosztów nabycia protez Ubezpieczonego w wyniku NW / zwrot kosztów leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego w wyniku NW / inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie polisy bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopie dokumentów: protokołu wypadkowego (sporządzonego np. przez Ubezpieczającego), protokołu policyjnego lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest kierowcą pojazdu
- dokumentacja medyczna z przychodni, szpitala potwierdzająca udzielenie pierwszej pomocy i przebieg leczenia w związku z zaistniałym zdarzeniem, będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których Ubezpieczony był zarejestrowany i leczony
- zaświadczenie lekarskie potwierdzające zakończenie leczenia i rehabilitacji
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni, lub
- kserokopia dokumentu przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego – w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- kserokopia orzeczenia lekarza orzecznika ZUS (w przypadku zwrotu kosztów przekwalifikowania zawodowego)
- rachunki bądź faktury (w przypadku nabycia środków pomocniczych / poniesionych kosztów leczenia i rehabilitacji / kosztów przekwalifikowania zawodowego)

Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia karty informacyjnej leczenia szpitalnego Ubezpieczonego z placówki medycznej, w której Ubezpieczony był leczony w związku z zaistniałym zdarzeniem będącym przedmiotem zgłoszonego roszczenia
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- dokumentacja potwierdzająca nieszcześliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego, protokołu policyjnego, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku – jeśli przyczyną pobytu w szpitalu był nieszcześliwy wypadek)

Wystąpienie poważnego zachorowania u Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentacji medycznej z leczenia ambulatoryjnego, karty leczenia szpitalnego, opisów wyników badań (np. CT, MRI, USG, RTG)
- kserokopia wyniku badania histopatologicznego w przypadku nowotworu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Zwrot kosztów leczenia stomatologicznego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- oryginały rachunków bądź faktur za leczenie stomatologiczne
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzająca przebieg leczenia

Śmierć Ubezpieczonego spowodowana NW / zawałem serca lub udarem mózgu / wypadkiem komunikacyjnym

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawionych

Ważne informacje

- Informujemy, iż wszystkie niezbędne dokumenty mogą być złożone w formie oryginału lub kserokopii.
- Wszelkie dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń oraz wysokości świadczenia muszą być przedłożone w języku polskim lub przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.
- W przypadku gdy jest to niezbędne, AXA Ubezpieczenia TUiR S.A. ma prawo wymagać od Ubezpieczonego/Uprawionego/Uposażonego dodatkowej dokumentacji, oprócz wskazanej we wniosku.

- kserokopia odpisu postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku – w przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Śmierć rodziców Ubezpieczonego spowodowana NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę Ubezpieczeniową poszkodowanego; uwaga: dotyczy wyłącznie ubezpieczenia grupowego w formie bezimiennej (polisy rozpoczynające się od numeru 922)
- kserokopia aktualnego odpisu skróconego aktu urodzenia ubezpieczonego dziecka
- kserokopia odpisu skróconego aktu zgonu rodzica Ubezpieczonego
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny

Operacje medyczne Ubezpieczonego

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skierowania na zabieg operacyjny
- karta informacyjna leczenia szpitalnego z opisem wykonanej operacji
- dotatkowo, w przypadku gdy karta leczenia szpitalnego nie określa w jednoznaczny sposób wykonania operacji objętych ochroną ubezpieczeniową, dokumenty w postaci: historii choroby z leczenia szpitalnego, podczas którego wykonano zabieg operacyjny, wyniki konsultacji specjalistycznych z zakresu przeprowadzanej operacji itp.
- dokumentacja potwierdzająca nieszcześliwy wypadek w postaci protokołu wypadkowego, protokołu policyjnego, notatka służbowa w przypadku kolizji drogowej, karta wypadku) lub adres organów policji albo prokuratury prowadzących postępowanie wyjaśniające – w przypadku ograniczenia ochrony do NW
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Zwrot kosztów pogrzebu Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia skróconego odpisu aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby, która pokryła koszty pogrzebu
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Osierocenie dziecka wskutek śmierci Ubezpieczonego w wyniku NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- kserokopia aktu zgonu
- kserokopia statystycznej karty zgonu lub inny dokument medyczny wydany przez lekarza, określający przyczynę zgonu
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość każdego z Uprawionych
- kserokopie dokumentów: protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku, prawa jazdy, dowodu rejestracyjnego – w przypadku gdy Ubezpieczony był kierowcą pojazdu
- kserokopia protokołu policji lub oświadczenia sprawcy wypadku – w przypadku gdy Ubezpieczony był pasażerem pojazdu

Całkowite i trwałe inwalidztwo rodzica Ubezpieczonego spowodowane NW

- wypełniony wniosek o wypłatę świadczenia
- oświadczenie wypełnione przez placówkę oświatową, potwierdzające ochronę ubezpieczeniową poszkodowanego
- kserokopia dokumentacji medycznej z przychodni, szpitala potwierdzająca całkowite trwałe inwalidztwo oraz przebieg leczenia, będące przedmiotem zgłoszonego roszczenia, lub adresy placówek, w których rodzic Ubezpieczonego był zarejestrowany i leczony
- protokół powypadkowy (sporządzony np. przez Ubezpieczającego) lub protokół policyjny
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest pełnoletni
- kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni

Pośrednik ubezpieczeniowy

Potwierdzam własnoręczność podpisów złożonych w niniejszym wniosku ubezpieczeniowym oraz oświadczam, iż dokonałem(am) weryfikacji tożsamości klienta na podstawie dokumentu wskazanego we wniosku.

Imię i nazwisko

Numer wewnętrzny/RAU

Data

Podpis

Czytelny podpis Pośrednika ubezpieczeniowego