

UBEZPIECZONY

Imię:	Nazwisko:		
Ulica:	Obecny wiek:	Kod pocztowy:	
Miejscowość:	Telefon:		
Data urodzenia:	Miejsce urodzenia	E-mail	
Dowód tożsamości* ☐ D ☐ P	Seria i numer:	Obywatelstwo:	
PESEL:	Adres do korespondencji:		

* Należy załączyć odpowiednio kopię dowodu osobistego lub paszportu, w celu weryfikacji tożsamości.

OPIS ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Data, godzina i miejsce
zdarzenia ubezpieczeniowego:

Opis zdarzenia ubezpieczeniowego:

Proszę dołączyć odpowiednie dokumenty:

- kopię dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszport),
- opis okoliczności zdarzenia,
- dokumentację medyczną, zawierającą opis leczenia szpitalnego,
- oświadczenie sprawcy/notatkę policyjną,
- ew. w przypadku śmierci skrócony odpis aktu zgonu,
- inne

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych o stanie zdrowia w celu wykonania umowy ubezpieczenia. Zgoda jest udzielana na podstawie art. 9 ust. 2 lit. a RODO. Zgoda jest ważna przez cały czas trwania stosunku umownego z Administratorem oraz po jego rozwiązaniu w okresie czasu niezbędnego do możliwych roszczeń lub działań prawnych związanych z Administratorem. Wiem, że w każdej chwili mogę odwołać tę zgodę. ☐ Tak ☐ Nie

Podpis Ubezpieczonego



OSOBA DO KONTAKTU W RAZIE ZGONU

Imię:	Nazwisko:
Telefon:	Email:
Adres do korespondencji:	

NR KONTA BANKOWEGO DO ZAPŁATY ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

IBAN:	SWIFT:
-------	--------

Data podpisu

Podpis Ubezpieczonego



Podpis osoby do kontaktu
na wypadek śmierci

