

Wypełnia osoba potwierdzająca ubezpieczenie

Potwierdza się, że

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko, imię	Nr polisy	PESEL
jest objęty ubezpieczeniem <input type="text"/>		
nazwa ubezpieczenia		
wraz z ryzykiem dodatkowym <input type="text"/>		

Początek odpowiedzialności wobec Ubezpieczonego dzień miesiąc (słownie) rok 2 0 Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego obowiązywała karencja? tak nie

Suma ubezpieczenia zł

Składka zł

częstotliwość wpłaty słownie złotych

Ostatnią składkę opłacono dnia dzień miesiąc (słownie) rok 2 0 za

Uwagi

W przypadku nieterminowych lub nieregularnych wpłat - należy załączyć wykaz zawierający daty, wysokości i sposoby dokonania wpłat.

miejsowość, data

podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie

Wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń

Numer roszczenia w Przedstawicielstwie <input type="text"/>	Czy w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie szczególne warunki ubezpieczenia? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego istniała odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego? <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
---	--	--

Na podstawie niniejszego zgłoszenia stwierdza się, że:

Świadczenie z tytułu * może być wypłacone na podstawie paragrafu

OWU OWUD

Suma ubezpieczenia/ryczałt** X % / liczba dni**

Kwota należnego świadczenia zł

słownie złotych

Świadczenie dodatkowe

na podstawie opis

Roszczenie o wypłatę świadczenia kwalifikuje się do odmowy z powodu

Sporządził dnia dzień, miesiąc, rok pieczęć i podpis

Sprawdził dnia dzień, miesiąc, rok pieczęć i podpis

Zatwierdził kwotę do wypłaty zł dnia dzień, miesiąc, rok

słownie złotych pieczęć i podpis