

## POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH UBEZPIECZONEGO/ UPOSAŻONEGO (*osoba wnioskująca*)

Numer sprawy: \_\_\_\_\_

Numer polisy: \_\_\_\_\_

### DANE UBEZPIECZONEGO/ UPOSAŻONEGO (*osoba wnioskująca*)

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Nazwisko rodowe: \_\_\_\_\_

Imię ojca: \_\_\_\_\_ Imię matki: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Nr Paszportu (w przypadku obcokrajowców): \_\_\_\_\_

Tel. kontaktowy: \_\_\_\_\_

### OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO/ UPOSAŻONEGO (*osoba wnioskująca*)

Oświadczam, że ja niżej podpisany, legitymuję się dokumentem tożsamości o następujących cechach:

Typ dokumentu tożsamości:

dowód osobisty  paszport  karta pobytu

Seria i nr dokumentu tożsamości: \_\_\_\_\_ Termin ważności dokumentu: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Jednocześnie oświadczam, że dane osobowe zawarte powyżej są zgodne z danymi osobowymi zawartymi w moim, aktualnym dokumencie tożsamości.

_____ <b>Data</b>	_____ <b>Podpis Ubezpieczonego/ Uposażonego (<i>osoba wnioskująca</i>)</b>
----------------------	---

