POLISA-ŻYCIE UBEZPIECZENIA

COMPENSA VIENNA INSURANCE GROUP

WYPIS Z DOWODU OSOBISTEGO

WYPIS Z DOWODU OSOBISTEGO LUB INNEGO DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ (NP. PASZPORTU)

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI, ODPOWIEDNIE POLA WYBORU OZNACZYĆ ZNAKIEM „X”
Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość.
Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą wniosek o wypłatę świadczenia należy dołączyć do tego wniosku. Wypis z dokumentu potwierdzającego tożsamość stanowi część dokumentacji świadczeniowej.

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ UBEZPIECZONEGO/UPRAWNIONEGO
(wypełnić jeśli osobą uprawnioną jest osoba ubezpieczona)

Imiona: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość: _____

Nr i seria dokumentu potwierdzającego tożsamość: _____

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość: D D - M M - R R R R

Nazwisko rodowe Ubezpieczonego: _____

Imię ojca Ubezpieczonego: _____ Imię matki Ubezpieczonego: _____

Data: D D - M M - R R R R _____ _____
miejscowość podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ MAŁŻONKA/PARTNERA
(w przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących małżonka/partnera)

Imiona: _____

Nazwisko: _____

PESEL: _____

Nazwisko rodowe małżonka/
partnera ubezpieczonego: _____

Imię ojca małżonka
/partnera ubezpieczonego: _____

Imię matki małżonka
/partnera ubezpieczonego: _____

Jednocześnie oświadczam, iż do dnia dzisiejszego pozostaję w związku małżeńskim
w rozumieniu kodeksu rodzinnego i opiekuńczego, w stosunku do którego
nie została orzeczona separacja, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa z _____

Data: D D - M M - R R R R _____ _____
miejscowość podpis małżonka/partnera

OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ NINIEJSZY WYPIS

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data: D D - M M - R R R R _____ _____
miejscowość czytelny podpis osoby przyjmującej wypis

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią dokumentu „Informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych”. UBEZPIECZONY ☐ TAK ☐ NIE UPRAWNIONY ☐ TAK ☐ NIE

Data: D D - M M - R R R R _____ _____
miejscowość podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego