Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu)

(załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia)

COMPENSA
VIENNA INSURANCE GROUP

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

RODO