



# Wypełnia osoba potwierdzająca ubezpieczenie

Potwierdza się, że

/  -    
Nazwisko, imię Nr polisy PESEL

jest objęty ubezpieczeniem   
nazwa ubezpieczenia

wraz z ryzykiem dodatkowym

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

Suma ubezpieczenia  zł

Składka   zł   
częstotliwość wpłaty słownie złotych

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

Uwagi

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

miejscowość, data

podpis osoby potwierdzającej ubezpieczenie

## Wypełnia Towarzystwo Ubezpieczeń

Numer roszczenia w Przedstawicielstwie

Czy w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie szczególne warunki ubezpieczenia?  tak  nie

Czy w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego istniała odpowiedzialność wobec Ubezpieczonego?  tak  nie

Na podstawie niniejszego zgłoszenia stwierdza się, że:

Świadczenie z tytułu urodzenia/zgonu/  \* może być wypłacone na podstawie paragrafu   
 OWU  OWUD

Suma ubezpieczenia  X  %  
Kwota należnego świadczenia  zł   
słownie złotych

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