

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisana/y | \_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

imię i nazwisko

PESEL\*

legitymująca/y się dokumentem stwierdzającym tożsamość | \_\_\_\_\_ |

dowód osobisty/paszport zagraniczny/karta pobytu

seria | \_\_\_\_\_ | numer | \_\_\_\_\_ | wydanym przez. | \_\_\_\_\_ |

zamieszkała/y w

| \_\_\_\_\_ |

ulica, numer domu, numer mieszkania, miejscowość, kod pocztowy - wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania jest inny jak adres zameldowania

1. Oświadczam, że zgłaszane do Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group koszty | \_\_\_\_\_ |

Proszę podać łączną wartość roszczenia

w związku z roszczeniami zarejestrowanymi pod nr | \_\_\_\_\_ |

numer zgłoszonej do Wiener TU SA sprawy

nie zostały mi zwrócone z żadnych innych źródeł, oraz nie stanowią przedmiotu roszczenia przed innymi podmiotami rynku finansowego. Oświadczam też, że w przypadku otrzymania ich zwrotu od Wiener TU S.A. Vienna Insurance Group nie będę występował o ich zwrot z innych zakładów ubezpieczeń, ani od innych podmiotów.

2. Oświadczam, że: powyższe informacje podałem/am zgodnie z prawdą i według najlepszej wiedzy. Przyjmuje do wiadomości, że podanie niezgodnych z prawdą lub niepełnych informacji może spowodować skutki prawne, wynikające z zawartej umowy ubezpieczenia.

| \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ | | \_\_\_\_\_ |

Miejscowość

data oświadczenia

czytelny podpis

\* Nie dotyczy osób posiadających paszport zagraniczny.

