

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

(załącznik do wniosku o wypłatę świadczenia)



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 \_\_\_\_\_

Seria, numer, oznaczenie dokumentu stwierdzającego 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, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ 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, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ 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, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ 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, \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ podpis Ubezpieczonego/Uprawnionego \_\_\_\_\_