

Warszawa, dnia .....

## OŚWIADCZENIE UBEZPIECZONEGO

Ja, ..... legitymujący(a) się Dowodem/Paszportem nr ....., oświadczam, że zostałem poinformowany, że w przypadkach określonych w mojej umowie ubezpieczenia może zaistnieć konieczność pokrycia przeze mnie części zobowiązania za wykonane na moją rzecz świadczenia medyczne nieopłacone przez ubezpieczyciela. Korespondencję związaną z rozliczeniami proszę kierować na adres:

.....  
.....  
.....  
.....

adres e-mail: .....

.....  
data i czytelny podpis  
pacjenta

.....  
data i czytelny podpis osoby  
przyjmującej oświadczenie

Warsaw, date .....

## DECLARATION OF THE INSURED

I, the undersigned, ..... holder of an ID / Passport No. ...., declare that I have been informed that in certain cases specified in my insurance agreement I may be obliged to cover a part of costs for medical services I received if the insurance company does not cover these costs. All correspondence related to financial settlements please send to:

.....  
.....  
.....  
.....

e-mail: .....

.....  
date and legible signature of the  
patient

.....  
date and legible signature of the  
person receiving the declaration