

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