

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

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