

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisana (-y).....
(imię i nazwisko)

legitymująca (-y) się dokumentem stwierdzającym tożsamość.....
(dowód osobisty, paszport zagraniczny, karta pobytu)

seria.....numer.....,

wydanym przez.....

PESEL*.....,

zamieszkała (- y) w.....
(ulica, numer domu, numer mieszkania, miejscowość, kod pocztowy - wypełnić w przypadku gdy adres zamieszkania jest inny jak adres zameldowania)

Oświadczam, że poniesione przez mnie koszty leczenia w kwocie związane ze zdarzeniem z dnia nie zostały mi zwrócone z żadnych innych źródeł. 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.

Oświadczam, iż zostałam (-em) poinformowana (-y) o prawach wynikających z ustawy z dnia 10.05.2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2018 poz. 1000), w tym prawie wglądu do moich danych osobowych oraz do ich poprawiania, oraz o celu, w jakim dane te są przetwarzane.

Telefon.....

Adres e-mail.....

.....
(czytelny podpis)

Administratorem danych osobowych jest Wiener Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (02-675), ul. Wołoska 22A.

* Nie dotyczy osób posiadających paszport zagraniczny.