

Cesja polisy ubezpieczeniowej (miejscowość, data)Niniejszym, w imieniu własnym (imię i nazwisko)nr PESEL* upoważniam (Towarzystwo Ubezpieczeniowe)z siedzibą w KRS do przekazywania wszelkich odszkodowań z tytułu zwrotu kosztów leczenia, przysługujących w ramach umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą (nr polisy)

do zgłoszonej szkody na rzecz Rehasport Clinic Sp. z o.o.

Świadczenie winno być wpłacane na rachunek Rehasport Clinic Sp. z o.o. o numerze: 90 1090 1854 0000 0001 3290 2096
Bank Zachodni WBK S.A.
podpis pacjenta

* w przypadku braku numeru PESEL inny dokument potwierdzający tożsamość

(miejscowość, data) (imię i nazwisko)PESEL* upoważniam

(Towarzystwo Ubezpieczeniowe)

z siedzibą w KRS

do przekazywania wszelkich odszkodowań z tytułu zwrotu kosztów leczenia:

 (imię i nazwisko)PESEL*

przysługujących w ramach umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą

 (nr polisy)

do zgłoszonej szkody na rzecz Rehasport Clinic Sp. z o.o.

Świadczenie winno być wpłacane na rachunek Rehasport Clinic Sp. z o.o. o numerze: 90 1090 1854 0000 0001 3290 2096
Bank Zachodni WBK S.A.
podpis przedstawiciela ustawowego

* w przypadku braku numeru PESEL inny dokument potwierdzający tożsamość