

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a legitymujący/a się dowodem osobistym seria i numer oświadczam, iż w przypadku gdy ubezpieczyciel uchyli się od odpowiedzialności za zdarzenie z dnia i tym samym nie uzna kosztów leczenia, zobowiązuję się do ich pokrycia zgodnie z wystawionymi fakturami.

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko, podpis