**POLISA UBEZPIECZENIOWA**

**Numer Polisy:**  ...................................................

**Ubezpieczający:**  ..........................................................................................................................................
 (imię, nazwisko, PESEL, dane kontaktowe)

**Ubezpieczony:**  .............................................................................................................................................
 (imię, nazwisko, PESEL, dane kontaktowe)

**Uposażeni:** .....................................................................................................................................................
 (imiona, nazwiska, PESEL, dane kontaktowe)

**Rodzaj ubezpieczenia:** ...............................................................................................................................

**Przedmiot ubezpieczenia:**

1. .......................................................................................................................................................................
2. .......................................................................................................................................................................
3. .......................................................................................................................................................................

**Data rozpoczęcia ochrony:** .......................................................................................................................

**Wysokość składki:** ........................................................................................................................................

**Wysokość opłaty początkowej:** ................................................................................................................

**Częstotliwość składki:** ................................................................................................................................

**Termin płatności:** ........................................................................................................................................

**Procent alokacji składki:** ...........................................................................................................................

**Nr konta Ubezpieczyciela:** ........................................................................................................................

**Informacje dodatkowe:**

Oświadczam że:

1. Zostało mi okazane i zapoznałem/am się z treścią pełnomocnictwa do zawarcia umowy ubezpieczenia w imieniu Ubezpieczyciela.
2. Zapoznałem/am się z treścią Umową ubezpieczenia oraz Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i akceptuję ich treść.
3. Podane przeze mnie dane są zgodne z prawdą i podane zostały według mojej najlepszej wiedzy.

Miejsce i data zawarcia umowy ubezpieczenia: ...............................................

.................................................. .................................................

 /podpis Ubezpieczyciela/Pełnomocnika/ /podpis Ubezpieczającego/