

6. OŚWIADCZENIA KONSULTANTA LUB PRACOWNIKA ODDZIAŁU

Potwierdzam, że w stosunku do Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wykonałem/am wszystkie czynności związane z identyfikacją oraz weryfikacją tożsamości Klienta zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wewnętrznymi procedurami.

DDMMRRRR

DATA

MIEJSCOWOŚĆ

IMIĘ I NAZWISKO KONSULTANTA

NUMER

ODDZIAŁ

PODPIS