

WNIOSEK O USTANOWIENIE/ ZMIANĘ* OSÓB UPOSAŻONYCH

NUMER POLISY

PROSZĘ WPISAĆ PONIŻEJ DANE OSÓB UPOSAŻONYCH

(Pamiętając, aby wybrane poniżej procenty alokacji świadczenia dawały w sumie 100% w stosunku do każdego ubezpieczonego²)

UBEZPIECZONY 1

Imię i nazwisko:

Uposażeni

% Świadczenia
(z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

2

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

3

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

100 %

UBEZPIECZONY 2

Imię i nazwisko:

Uposażeni

% Świadczenia
(z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

2

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

3

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

100 %

W polisie w wariancie ze współmałżonkiem, w przypadku jednoczesnej śmierci osób ubezpieczonych prosimy o wypłatę świadczenia następującym osobom:

(Pamiętając, aby wybrane poniżej procenty alokacji świadczenia dawały w sumie 100%.)

Uposażeni

% Świadczenia
(z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

2

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____


Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____

3


Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Stopień pokrewieństwa¹: _____ Telefon kontaktowy: _____


100 %



PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO



PODPIS UBEZPIECZONEGO 1



PODPIS UBEZPIECZONEGO 2

DATA

* Niepotrzebne skreślić

Chcąc uposażyć w swojej polisie instytucję należy wpisać odpowiednio: Nazwę instytucji w polu „Imię i nazwisko”, NIP w polu „Data urodzenia”.

Chcąc uposażyć większą liczbę osób/ instytucji, proszę dołączyć dane kolejnych osób/ instytucji na odwrocie formularza lub na dodatkowej kartce wpisując dane według powyższego wzoru.

¹ Proszę wpisać jeden z następujących stopni pokrewieństwa osoby uposażonej w stosunku do osoby ubezpieczonej: brat, siostra, syn, córka, ojciec, matka, ojczym, macocha, mąż, żona, wnuk, wnuczka, teść, teściowa, dziadek, babcia, siostrzeniec, siostrzenica, konkubent, konkubina, sąsiad, sąsiadka, itp.

² Jeżeli nie wskazano procentu alokacji dla osób uposażonych lub został on wskazany błędnie, uznaje się, iż świadczenie należne jest im w częściach równych.