

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: _____	<input type="text"/> %
	Stopień pokrewieństwa ¹ : _____ Telefon kontaktowy: _____	
2	Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____	<input type="text"/> %
	Stopień pokrewieństwa ¹ : _____ Telefon kontaktowy: _____	
3	Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____	<input type="text"/> %
	Stopień pokrewieństwa ¹ : _____ Telefon kontaktowy: _____	
4	Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____	<input type="text"/> %
	Stopień pokrewieństwa ¹ : _____ Telefon kontaktowy: _____	
5	Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____	<input type="text"/> %
	Stopień pokrewieństwa ¹ : _____ Telefon kontaktowy: _____	
6	Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____	<input type="text"/> %
	Stopień pokrewieństwa ¹ : _____ Telefon kontaktowy: _____	
		100 %

1

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.