

**PROSZĘ WPISAĆ PONIŻEJ DANE OSÓB UPOSAŻONYCH**

(Pamiętając, aby wybrane poniżej procenty alokacji świadczenia dawały w sumie 100% w stosunku do każdego ubezpieczonego<sup>2</sup>)

**UBEZPIECZONY 1**

Imię i nazwisko:

**Uposażeni**

% Świadczenia  
(z dokładnością do 1%)

**1** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

**2** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

**3** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

 **100** %

**UBEZPIECZONY 2**

Imię i nazwisko:

**Uposażeni**

% Świadczenia  
(z dokładnością do 1%)

**1** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

**2** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

**3** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ 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 pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

**2** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

**3** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Stopień pokrewieństwa<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_

 %

 **100** %

**1**

**2**

**3**

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.

<sup>1</sup> 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.

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