

**PROSZĘ WPISAĆ PONIŻEJ DANE OSÓB UPOSAŻONYCH**

Proszę pamiętać, aby wybrane procenty udziału świadczenia dawały w sumie 100%

**UBEZPIECZONY**

Imię i nazwisko:

**Uposażeni**

% Świadczenia  
(z dokładnością do 1%)

**1** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia: \_\_\_\_\_ Kraj zamieszkania: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
Relacja do Ubezpieczonego<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

 %

**2** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia: \_\_\_\_\_ Kraj zamieszkania: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
Relacja do Ubezpieczonego<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

 %

**3** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia: \_\_\_\_\_ Kraj zamieszkania: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
Relacja do Ubezpieczonego<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

 %

**4** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia: \_\_\_\_\_ Kraj zamieszkania: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
Relacja do Ubezpieczonego<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

 %

**5** Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_  
Kraj urodzenia: \_\_\_\_\_ Kraj zamieszkania: \_\_\_\_\_ Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_  
Relacja do Ubezpieczonego<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)<sup>3</sup>: \_\_\_\_\_

 %

 %

**1**

OSOBA UBEZPIECZONA 1

(CZYTELNY PODPIS)

**2**

OSOBA UBEZPIECZEJĄCA (PŁATNIK SKŁADEK)

(CZYTELNY PODPIS)

Data

<sup>1</sup> Jeżeli nie wskazano procentu udziału świadczenia dla osób uposażonych lub został on wskazany błędnie, uznaje się, iż świadczenie należne jest im w częściach równych.  
<sup>2</sup> Proszę wpisać relację do Ubezpieczonego: Mąż, Żona, Syn, Córka, Ojciec, Matka, Brat, Siostra, Wnuk, Wnuczka, Dalszy krewny, Partner, Partnerka, Inny Niespokrewniony, Odmawiam podania, Zawodowe, Ta sama osoba.  
<sup>3</sup> Proszę wpisać relację tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający (osoba opłacająca składki) jest inny niż osoba Ubezpieczona: Mąż, Żona, Syn, Córka, Ojciec, Matka, Brat, Siostra, Wnuk, Wnuczka, Dalszy krewny, Partner, Partnerka, Inny Niespokrewniony, Odmawiam podania, Zawodowe, Ta sama osoba.

**DODATKOWE INFORMACJE:**

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.