

PROSZĘ WPISAĆ PONIŻEJ DANE OSÓB UPOSAŻONYCH

Proszę pamiętać, aby wybrane procenty udziału świadczenia dawały w sumie 100% w stosunku do każdego ubezpieczonego¹

UBEZPIECZONY 1

Imię i nazwisko:

Uposażeni

% Świadczenia
(z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Kraj urodzenia: _____ Kraj zamieszkania: _____ Telefon kontaktowy: _____

Relacja do Ubezpieczonego²: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)³: _____

2

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Kraj urodzenia: _____ Kraj zamieszkania: _____ Telefon kontaktowy: _____

Relacja do Ubezpieczonego²: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)³: _____

100 %

UBEZPIECZONY 2

Imię i nazwisko:

Uposażeni

% Świadczenia
(z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Kraj urodzenia: _____ Kraj zamieszkania: _____ Telefon kontaktowy: _____

Relacja do Ubezpieczonego²: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)³: _____

2

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Kraj urodzenia: _____ Kraj zamieszkania: _____ Telefon kontaktowy: _____

Relacja do Ubezpieczonego²: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)³: _____

100 %

W PRZYPADKU JEDNOCZESNEJ ŚMIERCI UBEZPIECZONYCH PROSIMY O WYPŁATĘ PONIŻSZYM UPOSAŻONYM

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

Uposażeni

% Świadczenia
(z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Kraj urodzenia: _____ Kraj zamieszkania: _____ Telefon kontaktowy: _____

Relacja do Ubezpieczonego²: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)³: _____

2


Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Kraj urodzenia: _____ Kraj zamieszkania: _____ Telefon kontaktowy: _____


Relacja do Ubezpieczonego²: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)³: _____

100 %


1

OSOBA UBEZPIECZONA 1

(CZYTELNY PODPIS)

2

OSOBA UBEZPIECZONA 2

(CZYTELNY PODPIS)

3

OSOBA UBEZPIECZAJĄCA (PŁATNIK SKŁADEK)

(CZYTELNY PODPIS)
Data¹ Jeżeli nie wskazano procentu udziału świadczenia dla osób uposażonych lub został on wskazany błędnie, uznaje się, iż świadczenie należne jest im w częściach równych.² 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.³ 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.