

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)

Data

¹ 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: Małżonek, Dziecko, Partner/Partnerka, Wnuk/Wnuczka, Rodzic, Rodzeństwo, Krewny, Inny Niespokrewniony, Odmawiam podania, Zawodowa.³ Proszę wpisać relację tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający (osoba opłacająca składki) jest inny niż osoba Ubezpieczona: Małżonek, Dziecko, Partner/Partnerka, Wnuk/Wnuczka, Rodzic, Rodzeństwo, Krewny, Inny Niespokrewniony, Odmawiam podania, Zawodowa, Ta sama osoba

DODATKOWE INFORMACJE:

Chcąc uposażyć w swojej polisie instytucję należy wpisać odpowiednio: Nazwę instytucji w polu „Imię i nazwisko”, Formę prawną w polu „Kraj urodzenia”, Państwo siedziby spółki w polu „Kraj zamieszkania”, NIP w polu „Data urodzenia”, REGON w polu „Telefon kontaktowy” oraz numer KRS w polu „Relacja do ubezpieczającego”

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