

Ważne

- Wskazanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z odwołaniem wskazania dotychczasowych Uposażonych.
- Jeżeli nie wskażesz żadnej osoby świadczenie wypłacimy zgodnie z Ogólnymi warunkami ubezpieczenia.
- Udział procentowy musi się sumować do 100%. Jeżeli nie podasz udziałów procentowych uznamy, że udziały w świadczeniu są równe.
- Chcąc uposażyć w polisie instytucję wpisz 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, wpisz dane kolejnych osób/ instytucji na odwrocie formularza lub na dodatkowej kartce podając dane według poniższego wzoru. Pamiętaj o dacie i podpisach na odwrocie formularza lub na dodatkowej kartce.

Imię i nazwisko Ubezpieczonego 1:
Wpisz osoby, które po śmierci Ubezpieczonego 1 mają otrzymać wypłatę świadczenia – Uposażeni

1	Imię i nazwisko: _____	Data urodzenia: _____	% Świadczenia (z dokładnością do 1%) %	
	Kraj urodzenia: _____	Kraj zamieszkania: _____		Telefon kontaktowy: _____
	Relacja do Ubezpieczonego ¹ : _____			Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki) ² : _____
2	Imię i nazwisko: _____	Data urodzenia: _____	% 100%	
	Kraj urodzenia: _____	Kraj zamieszkania: _____		Telefon kontaktowy: _____
	Relacja do Ubezpieczonego ¹ : _____			Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki) ² : _____

Imię i nazwisko Ubezpieczonego 2:
Wpisz osoby, które po śmierci Ubezpieczonego 2 mają otrzymać wypłatę świadczenia – Uposażeni

1	Imię i nazwisko: _____	Data urodzenia: _____	% Świadczenia (z dokładnością do 1%) %	
	Kraj urodzenia: _____	Kraj zamieszkania: _____		Telefon kontaktowy: _____
	Relacja do Ubezpieczonego ¹ : _____			Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki) ² : _____
2	Imię i nazwisko: _____	Data urodzenia: _____	% 100%	
	Kraj urodzenia: _____	Kraj zamieszkania: _____		Telefon kontaktowy: _____
	Relacja do Ubezpieczonego ¹ : _____			Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki) ² : _____

Wpisz osoby, które w przypadku jednoczesnej śmierci Ubezpieczonego 1 i Ubezpieczonego 2 mają otrzymać wypłatę świadczenia – Uposażeni

1	Imię i nazwisko: _____	Data urodzenia: _____	% Świadczenia (z dokładnością do 1%) %	
	Kraj urodzenia: _____	Kraj zamieszkania: _____		Telefon kontaktowy: _____
	Relacja do Ubezpieczonego ¹ : _____			Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki) ² : _____
2	Imię i nazwisko: _____	Data urodzenia: _____	% 100%	
	Kraj urodzenia: _____	Kraj zamieszkania: _____		Telefon kontaktowy: _____
	Relacja do Ubezpieczonego ¹ : _____			Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki) ² : _____

1 OSOBA UBEZPIECZONA 1  (CZYTELNY PODPIS)	2 OSOBA UBEZPIECZONA 2  (CZYTELNY PODPIS)	3 OSOBA UBEZPIECZAJĄCA (PŁATNIK SKŁADEK)  (CZYTELNY PODPIS)	 Data
--	--	--	-------------------------------------

¹ Proszę wpisać relację do Ubezpieczonego: Małżonek, Dziecko, Partner/Partnerka, Wnuk/Wnuczka, Rodzic, Rodzeństwo, Krewny, Ta sama osoba, Inny Niepokrewniony, Odmawiam podania, Zawodowe.

² Proszę wpisać relację tylko w przypadku, gdy Ubezpieczający (osoba opłacająca składki) jest inny niż Ubezpieczony: Małżonek, Dziecko, Partner/Partnerka, Wnuk/Wnuczka, Rodzic, Rodzeństwo, Krewny, Ta sama osoba, Inny Niepokrewniony, Odmawiam podania, Zawodowe.