WNIOSEK O USTANOWIENIE / ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH

NUMER POLISY

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:

Wpisz osoby, które po śmierci Ubezpieczonego mają otrzymać wypłatę świadczenia – Uposażeni

% Świadczenia (z dokładnością do 1%)

1

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

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

Relacja do Ubezpieczonego[1]: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)[2]: _____

2

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

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

Relacja do Ubezpieczonego[1]: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)[2]: _____

3

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

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

Relacja do Ubezpieczonego[1]: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)[2]: _____

4

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

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

Relacja do Ubezpieczonego[1]: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)[2]: _____

5

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

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

Relacja do Ubezpieczonego[1]: _____ Relacja do Ubezpieczającego (osoby opłacającej składki)[2]: _____

100%

1 _____

OSOBA UBEZPIECZONA

(CZYTELNY PODPIS)

2 _____

OSOBA UBEZPIECZEJĄCA (PŁATNIK SKŁADEK)

(CZYTELNY PODPIS)

_____

Data

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