



WNIOSEK O USTANOWIENIE/ZMIANĘ OSÓB UPOSAŻONYCH

Dotyczy polisy:

Ubezpieczony

Imię (imiona)

Nazwisko

PESEL

Typ dokumentu tożsamości

Seria nr dok. tożsamości

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

Kraj

Tel. stacjonarny

Tel. kom.

E-mail

Unieważniając poprzednie dyspozycje** niniejszym wyznaczam następujących Uposażonych

Uposażeni

Lp. Imię i nazwisko	Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>

Uposażeni zastępczy***

Uposażeni zastępczy – osoby wskazane przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażeni nie żyją lub utracili prawo do świadczenia.

Lp. Imię i nazwisko	Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		<input type="text"/>

Oświadczam, że znane mi są wszelkie konsekwencje zmiany Uposażonych wynikające z warunków ubezpieczenia, stanowiących podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia.

Miejscowość

Data podpisania (d-m-r)

Czytelny podpis Ubezpieczonego (Pracownika)

** Nie dotyczy pierwszego ustanowienia Uposażonych.

*** Nie dotyczy ubezpieczeń zdrowotnych i ubezpieczeń następstw nieszczęśliwego wypadku.