Wniosek o ustanowienie/zmianę osób Uposażonych

Polisy/ wniosku/ certyfikatu/ deklaracji* nr

Dotyczy:

* Niepotrzebne skreślić.

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:

* Nie dotyczy pierwszego ustanowienia Uposażonych.

Uposażeni

L.p.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1			
2			
3			
4			
5			
			100

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.

* Nie dotyczy ubezpieczeń zdrowotnych.

L.p.	Imię i nazwisko/ Nazwa firmy	Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)/ REGON lub NIP (firmy)	% świadczenia (z dokładnością do 1%)
1			
2			
3			
4			
5			
			100

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)

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).

Departament Obsługi Klienta, Infolinia tel. 224 224 224, www.allianz.pl

COKZOU-W04 06/17