

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

L.p. Imię i nazwisko

1	
2	
3	
4	
5	

Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)

% świadczenia (z dokładnością do 1%)

1 0 0

Uposażeni zastępczy***

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

L.p. Imię i nazwisko

1	
2	
3	
4	
5	

Data urodzenia/ PESEL (osoby fizyczne)

% świadczenia (z dokładnością do 1%)

1 0 0

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 Ubezpiezonego (Pracownika)

** Nie dotyczy pierwszego ustanowienia Uposażonych.

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