

Wniosek o ustanowienie/ zmianę* Osób Uposażonych

Proszę wpisać poniżej dane osób uposażonych
(pamiętając aby wybrane procenty alokacji świadczenia dawały w sumie 100%.)

UPOSAŻONY 1

PROCENT ŚWIADCZENIA:

%

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa:¹ _____

Data urodzenia: _____ Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____

UPOSAŻONY 2

PROCENT ŚWIADCZENIA:

%

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa:¹ _____

Data urodzenia: _____ Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____

UPOSAŻONY 3

PROCENT ŚWIADCZENIA:

%

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa:¹ _____

Data urodzenia: _____ Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____

UPOSAŻONY 4

PROCENT ŚWIADCZENIA:

%

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa:¹ _____

Data urodzenia: _____ Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____

UPOSAŻONY 5

PROCENT ŚWIADCZENIA:

%

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa:¹ _____

Data urodzenia: _____ Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____

UPOSAŻONY 6

PROCENT ŚWIADCZENIA:

%

Imię i nazwisko: _____ Stopień pokrewieństwa:¹ _____

Data urodzenia: _____ Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____

1

2

3

Data

* Niepotrzebne skreślić

¹ Proszę wpisać jeden z następujących stopni pokrewieństwa osoby uposażonej w stosunku do osoby ubezpieczonej: brat, siostra, syn, córka, ojciec, matka, ojczym, macocha, mąż, żona, wnuk, wnuczka, teść, teściowa, dziadek, babcia, siostrzeniec, siostrzenica, itp.

² Chcąc uposażyć w swojej polisie instytucję należy wpisać odpowiednio: Nazwę instytucji w polu „Imię i nazwisko”, NIP instytucji w polu „Data urodzenia”.

³ Chcąc uposażyć większą liczbę osób/ instytucji proszę dołączyć dane kolejnych osób/ instytucji na odwrocie formularza lub na dodatkowej kartce wpisujących dane według powyższego wzoru.