

Nr Polisy

Formularz - zmiana Uposażonych

1. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Numer telefonu

Adres zameldowania

Nr domu

Nr lokalu

Ulica

Kod pocztowy

Miejscowość / Poczta

Kraj

2. Uposażeni

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

3. Uposażeni Zastępczy

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

Nr Pesel

Data urodzenia

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Data

Miejscowość

Podpis osoby uprawnionej do wskazania Uposażonego
(zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)