

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)