

**ZMIANA WSKAZANIA OSÓB UPRAWNIONYCH DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO**

wypełnia ubezpieczony

Dotyczy: .....  
(nazwa ubezpieczenia)

seria

numer polisy

**I. DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:**

imię/imiona:

nazwisko/nazwa:

data urodzenia:     
dzień miesiąc rok

numer ewidencyjny PESEL/REGON

seria

numer dowodu osobistego

**II. DANE UBEZPIECZONEGO:** Proszę wypełnić, gdy ubezpieczający nie jest ubezpieczonym

imię/imiona:

nazwisko:

data urodzenia:     
dzień miesiąc rok

numer ewidencyjny PESEL

seria

numer dowodu osobistego

**III. DANE UPRAWNIONYCH:**

W przypadku zgonu ubezpieczonego osobami uprawnionymi do odbioru świadczenia są:

	Imię i nazwisko/nazwa	Data urodzenia	PESEL/REGON	seria i nr dowodu osobistego	% świadczenia *
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					

\* Łączne uposażenie wszystkich wskazanych osób nie może przekraczać 100% należnego świadczenia.

Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionych, świadczenie przysługuje najbliższym członkom rodziny według kolejności: małżonek, dzieci, rodzice bądź innym osobom zaliczanym do grona spadkobierców.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis ubezpieczonego

.....  
data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek