warta.

ZMIANA WSKAZANIA OSÓB UPRAWNIONYCH DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

PROSIMY O WYPEŁNIENIE WIELKIMI LITERAMI

Dotyczy (nazwa ubezpieczenia)	
Numer polisy	

Dane Ubezpieczającego

Imię/Imiona			
Nazwisko/Nazwa			
PESEL/REGON		Seria i numer dowodu osobistego	
Data urodzenia	R R R R M M D D		

Dane Ubezpieczonego *Proszę wypełnić, gdy ubezpieczający nie jest ubezpieczonym*

Imię/Imiona			
Nazwisko/Nazwa			
PESEL/REGON		Seria i numer dowodu osobistego	
Data urodzenia	R R R R M M D D		

Dane Uprawnionych

W przypadku zgonu ubezpieczonego osobami uprawnionymi do odbioru świadczenia są:

Lp.	Nazwisko i imię/nazwa	Data urodzenia	PESEL/REGON	Seria i nr dowodu osobistego	% świadczenia
1					
2					
3					
4					
5					
					Łącznie 100%

*** 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.

miejscowość, data	podpis Ubezpieczonego	data, czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek