

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	
Data urodzenia	
	Seria i numer dowodu osobistego

Dane Ubezpieczonego Proszę wypełnić, gdy ubezpieczający nie jest ubezpieczonym

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

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.

Data i podpis Ubezpieczającego*

Data i podpis Ubezpieczonego*

* – podpis zgodny ze wzorem podpisu w dotychczasowej dokumentacji

Ja niżej podpisany składając własnoręczny podpis potwierdzam, że Ubezpieczający i/lub Ubezpieczony podpisał niniejszy dokument osobiście, w mojej obecności, w dniu

Osoba przyjmująca wniosek/Agent

Data przyjęcia dokumentu