



Dotyczy umowy ubezpieczenia:

- na życie
 następstw nieszczęśliwych wypadków dla Ciebie i Partnera

Numer polisy

Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

- Odwoluję wszystkie moje poprzednie dyspozycje dotyczące uprawnionych i jednocześnie wyznaczam jako uprawnionych wskazane poniżej osoby.**

Uprawniony do odbioru świadczenia z tytułu śmierci

Wyznaczam jako uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci:

- Osoba fizyczna**

1.

Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

_____%
Procent świadczenia

Adres uprawnionego 1*

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

2.

Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

_____%
Procent świadczenia

Adres uprawnionego 2*

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

3.

Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

_____%
Procent świadczenia

Adres uprawnionego 3*

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

4.

Imię i nazwisko

PESEL lub data urodzenia

_____%
Procent świadczenia

Adres uprawnionego 4*

Kod pocztowy

Miejscowość

Ulica

_____/_____
Numer domu/lokalu

Firma

1. _____ REGON _____ %
Nazwa firmy Procent świadczenia
Adres firmy 1* _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

2. _____ REGON _____ %
Nazwa firmy Procent świadczenia
Adres firmy 2* _____
Kod pocztowy _____ Miejscowość _____ Ulica _____ Numer domu/lokalu _____

Brak uprawnionego

Podpisem potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data Podpis Ubezpieczonego

Podpis/-y złożono w mojej obecności

Pieczętka funkcyjna i podpis pracownika Banku

* pola wymagane