



## Wniosek dotyczący zmiany uposażonych

Polisa nr \_\_\_\_\_

Prosimy zaznaczyć wybraną zmianę znakiem „X” i wypełnić wniosek drukowanymi literami.

### Ubezpieczający/Właściciel polisy (osoba opłacająca składkę)

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

### Ubezpieczony (należy wypełnić, gdy Ubezpieczony jest inną osobą niż Ubezpieczający/Właściciel polisy)

Nazwisko \_\_\_\_\_

Imię \_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_

### Nowa dyspozycja dotycząca wypłaty świadczenia z tytułu śmierci

#### Uwaga:

- niewskazanie żadnej osoby oznacza, że dotychczasowi Uposażeni zostaną usunięci i wypłata świadczenia nastąpi zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia,
- udział procentowy musi się sumować do 100%,
- w przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe.

### Uposażeni

Imię i nazwisko	Adres	Data urodzenia	PESEL	Udział %
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
			<b>Suma</b>	<b>100%</b>

Ubezpieczony

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data