

Wniosek zmiany uposażonych

Numer polisy

Prosimy wypełnić drukowanymi literami.

1. Dane Ubezpieczającego/Ubezpiezonego*

Pierwsze imię

Drugie imię

Nazwisko

PESEL

Data urodzenia

Informujemy, że w razie braku Uposażonych świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczającego jest wypłacane najbliższemu członkowi rodziny Ubezpieczającego w następującej kolejności i wysokości:

- małżonkowi Ubezpieczającego – w całości;
- w przypadku braku małżonka Ubezpieczającego – dzieciom Ubezpieczającego – w częściach równych;
- w przypadku braku małżonka i dzieci Ubezpieczającego – rodzicom Ubezpieczającego – w częściach równych;
- w przypadku braku małżonka, dzieci i rodziców Ubezpieczającego – rodzeństwu Ubezpieczającego – w częściach równych;
- w przypadku braku osób wskazanych powyżej – innym spadkobiercom Ubezpieczającego – w częściach, w jakich dziedziczą po Ubezpieczającym;

przy czym wypłata świadczenia osobie lub osobom w danej grupie uprawnionych wyklucza uprawnienie do otrzymania świadczenia przez osoby należące do kolejnej grupy.

2. Uposażeni

- udziały procentowe muszą się sumować do 100%;
 - udział w świadczeniu nie może być mniejszy niż 1%;
 - niniejsza dyspozycja unieważnia wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące Uposażonych.
- Unieważniam wszystkie dotychczasowe dyspozycje dotyczące Uposażonych i nie wyznaczam Uposażonych.

Uposażeni 1:**Dane podstawowe**

Nazwisko/nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Imię

PESEL

Data urodzenia

Udział (%)

NIP (dot. firmy)

*Podanie danych, informacji w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć jest to niezbędne do wprowadzenia zmian, o jakie Pan/Pani wnioskuje.

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Skrytka pocztowa

Uposażeni 2:

Dane podstawowe

Nazwisko/nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Imię

PESEL

Data urodzenia

Udział (%)

NIP (dot. firmy)

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Skrytka pocztowa

Uposażeni 3:

Dane podstawowe

Nazwisko/nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Imię

PESEL

Data urodzenia

Udział (%)

NIP (dot. firmy)

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Skrytka pocztowa

*Podanie danych, informacji w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć jest to niezbędne do wprowadzenia zmian, o jakie Pan/Pani wnioskuje.

Uposażeni 4:

Dane podstawowe

Nazwisko/nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Imię

PESEL

Data urodzenia

Udział (%)

NIP (dot. firmy)

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Skrytka pocztowa

Uposażeni 5:

Dane podstawowe

Nazwisko/nazwa firmy (niepotrzebne skreślić)

Imię

PESEL

Data urodzenia

Udział (%)

NIP (dot. firmy)

Adres korespondencyjny

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod

Kraj

Miejscowość

Skrytka pocztowa

Miejscowość

Data

Podpis Ubezpieczającego

*Podanie danych, informacji w polach oznaczonych gwiazdką jest dobrowolne, choć jest to niezbędne do wprowadzenia zmian, o jakie Pan/Pani wnioskuje.