

Wniosek dotyczący zmiany uposażonych

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

Nr polisy _____

Ubezpieczający _____

Ubezpieczony _____

ZMIANA UPOSAŻONYCH

Uposażeni	Udział w %	PESEL, a w przypadku braku PESEL data urodzenia oraz seria i nr dokumentu tożsamości
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

ZMIANA UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH (tylko w produktach, w których OWU przewidują taką zmianę)

Uposażeni zastępczy	Udział w %	PESEL, a w przypadku braku PESEL data urodzenia oraz seria i nr dokumentu tożsamości
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____

Data D, D, - M, M, - R, R, R, R,

Miejscowość _____

_____ podpis osoby uprawnionej do zmiany uposażonego*/ uposażonego zastępczego*

* podpis zgodny ze wzorem podpisu złożonym na wniosku o zawarcie umowy albo deklaracją przystąpienia

Wypis z dowodu osobistego lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość (np. paszportu)

(załącznik do wniosków dotyczących zmiany uposażonych)

WYPEŁNIĆ DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI

Niniejszy druk wypełnia osoba przyjmująca Wniosek dotyczący zmiany Uposażonych na podstawie okazanego oryginału dokumentu potwierdzającego tożsamość. Wypełniony druk potwierdzony za zgodność z oryginałem przez osobę przyjmującą Wniosek dotyczący zmiany Uposażonych stanowi jego integralną część.

WYPIS Z DOKUMENTU POTWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ OSOBY UPRAWNIONEJ DO ZMIANY UPOSAŻONEGO

Imiona _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość _____ Seria i nr dokumentu potwierdzającego tożsamość _____

Data ważności dokumentu potwierdzającego tożsamość D,D - M,M - R,R,R,R

Data D,D - M,M - R,R,R,R _____

Miejscowość

podpis osoby uprawnionej do zmiany uposażonego

OŚWIADCZENIE OSOBY PRZYJMUJĄCEJ NINIEJSZY WYPIS

Oświadczam, że podane powyżej informacje zgodne są z danymi zawartymi w okazanym mi oryginale dowodu osobistego lub oryginale innego dokumentu potwierdzającego tożsamość.

Data D,D - M,M - R,R,R,R _____

Miejscowość

czytelny podpis osoby przyjmującej wypis