



ZGŁOSZENIE UPOSAŻONEGO

DOTYCZY UMOWY UBEPIECZENIA NR

Ja niżej podpisany/a.....

nr pesel.....

dokonuje zgłoszenia zmiany uposażonego z w/w umowy ubezpieczenia.

1. Dane osoby uposażonej

Imię i nazwisko

Nr PESEL

% świadczenia*

2. Dane osoby uposażonej

Imię i nazwisko

Nr PESEL

% świadczenia*

3. Dane osoby uposażonej

Imię i nazwisko

Nr PESEL

% świadczenia*

4. Dane osoby uposażonej

Imię i nazwisko

Nr PESEL

% świadczenia*

*** Maksymalny % świadczenia- 100%**

_____ | _____ | _____
Miejscowość | Data | Podpis