

Instrukcja wypełniania Formularza Ustanowienia/Zmiany/Odwołania Uposażonych

- 1) Formularz powinien być wypełniony kolorem czarnym, czytelnie, drukowanymi literami. Każda litera i znak muszą być wpisane do oddzielnych pól.
- 2) Dokonywanie jakichkolwiek zmian i poprawek na formularzu musi być pod rygorem nieważności poświadczony podpisem Ubezpieczonego/Ubezpieczającego/Oszczędzającego, zgodnym z podpisem wzorcowym, złożonym obok dokonanej poprawki.
- 3) Wyrazy kilkuczłonowe (np. nazwisko) powinno oddzielać jedno pole puste lub zawierające znak „-”.
- 4) Numer telefonu należy poprzedzić numerem kierunkowym.
- 5) Wskazany adres Uposażonego/Uposażonego Zastępczego będzie adresem kontaktowym w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Zadbaj o to, by był to adres, pod którym wskazana przez Ciebie osoba będzie mogła odebrać korespondencję.

DANE IDENTYFIKUJĄCE UBEZPIECZONEGO/UBEZPIECZAJĄCEGO/OSZCZĘDZAJĄCEGO

| | |
|---|---|
| 1. Imię <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 2. Nazwisko <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> |
| 3. PESEL /Nr dokumentu tożsamości* <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 4. Numer Polisy/Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia/Certyfikatu Ubezpieczenia <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> |

LISTA UPOSAŻONYCH/UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

5. USTANAWIAM ZMIENIAM

UWAGA: Wskazanie nowych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych jest równoznaczne z odwołaniem wskazania dotychczasowych Uposażonych/Uposażonych Zastępczych.
 Jeżeli zamierza Pan/Pani wyznaczyć więcej niż trzech Uposażonych, należy dołączyć kolejny formularz i zaznaczyć kratkę znakiem „X”.
 Suma udziałów Uposażonych musi być równa 100% i podana z dokładnością do 1%. Suma udziałów Uposażonych Zastępczych musi być równa 100% i podana z dokładnością do 1%.

Jeśli suma udziałów Uposażonych/Uposażonych Zastępczych nie zostanie wskazana lub zostanie wskazana błędnie, uznajemy, że udziały wszystkich Uposażonych są równe.

W rubrykach 6-47 proszę wpisać DANE DOTYCZĄCE OSÓB UPOSAŻONYCH/UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH.
 Brak zaznaczenia jednej z rubryk „Uposażony” lub „Uposażony Zastępczy” jest jednoznacznie z wyborem rubryki „Uposażony”.

ODWOŁUJĘ

Pozostawienie pól 6-47 bez uzupełnień oznacza, że w umowie ubezpieczenia potwierdzonej Polisa/Certyfikatem Ubezpieczenia, której numer został wskazany w polu nr 4 powyżej, nie wskazano żadnych osób uposażonych.
 W razie braku wskazania Uposażonego i Uposażonego Zastępczego, albo gdy ich wskazanie jest bezskuteczne, wówczas świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, gdyby doszło do śmierci Ubezpieczonego/Oszczędzającego, przysługują członkom rodziny Ubezpieczonego/Oszczędzającego według kolejności i w częściach wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.

UPOSAŻONY 1

UPOSAŻONY UPOSAŻONY ZASTĘPCZY (proszę zaznaczyć odpowiednie pole znakiem „X”)

| | | | |
|---|---|---|--|
| 6. Imię <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 7. Nazwisko (albo nazwa jeśli Uposażonym jest podmiot inny niż osoba fizyczna) <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | | |
| 8. Data urodzenia (dd-mm-rrrr) <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 9. PESEL/Nr dokumentu tożsamości*/REGON <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 10. Udział <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> % | 11. Stopień pokrewieństwa <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> |
| 12. Ulica <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 13. Numer domu <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 14. Numer lokalu <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | |
| 15. Kod pocztowy <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 16. Miejscowość <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 17. Kraj <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | |
| 18. Telefon kontaktowy <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | 19. E-mail <input style="width: 95%; height: 20px; border: 1px dashed gray;" type="text"/> | | |

*Numer dokumentu tożsamości proszę uzupełnić wyłącznie w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej obywatelstwa polskiego i numeru PESEL

UPOSAŻONY 2UPOSAŻONY UPOSAŻONY ZASTĘPCZY *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole znakiem „X”)*

20. Imię

21. Nazwisko *(albo nazwa jeśli Uposażonym jest podmiot inny niż osoba fizyczna)*

22. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

23. PESEL/Nr dokumentu tożsamości*/REGON

24. Udział

25. Stopień pokrewieństwa

 - - %

26. Ulica

27. Numer domu

28. Numer lokalu

29. Kod pocztowy

30. Miejscowość

31. Kraj

 -

32. Telefon kontaktowy

33. E-mail

 UPOSAŻONY 3UPOSAŻONY UPOSAŻONY ZASTĘPCZY *(proszę zaznaczyć odpowiednie pole znakiem „X”)*

34. Imię

35. Nazwisko *(albo nazwa jeśli Uposażonym jest podmiot inny niż osoba fizyczna)*

36. Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

37. PESEL/Nr dokumentu tożsamości*/REGON

38. Udział

39. Stopień pokrewieństwa

 - - %

40. Ulica

41. Numer domu

42. Numer lokalu

43. Kod pocztowy

44. Miejscowość

45. Kraj

 -

46. Telefon kontaktowy

47. E-mail

48. Data (dd-mm-rrrr)

49. **Własnoręczny podpis Ubezpieczającego/Ubezpiezonego/Oszczędzającego****(zgodny z podpisem wzorcowym)**

*Numer dokumentu tożsamości proszę uzupełnić wyłącznie w przypadku osoby fizycznej nieposiadającej obywatelstwa polskiego i numeru PESEL