

# 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,  \_\_\_\_\_  
mięscowość

\_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_  
miejsowość \_\_\_\_\_ czytelny podpis osoby przyjmującej wypis \_\_\_\_\_