

Do wniosku należy dołączyć kopię dowodu tożsamości (np. dowód osobisty, paszport, prawo jazdy)

Jeżeli brakuje miejsca na wskazanie kolejnego Uposażonego, prosimy wypełnić dodatkowy formularz.

Szczególnych Warunków Ubezpieczenia	Numer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ubezpieczającego (Instytucji)	Nazwa	<input type="text"/>	

1. Dane identyfikujące Ubezpieczonego

Numer ewidencyjny Klienta	<input type="text"/>	Telefon kontaktowy	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>		Imiona <input type="text"/>
Adres zameldowania	Ulica	Nr domu	Nr lokalu
	Miejscowość	Kod pocztowy	
PESEL	<input type="text"/>	Seria i numer dowodu osobistego/ paszportu/prawa jazdy	<input type="text"/>
		Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

2. Wskazanie/zmiana⁽¹⁾ Uposażonych – wypełnia Ubezpieczony

Podanie nowych Uposażonych jest równoznaczne z unieważnieniem Uposażonych wskazanych uprzednio.

Uposażony 1

Nazwisko	<input type="text"/>		Imiona	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	Udział <input type="text"/> %
			Telefon kontaktowy	<input type="text"/>

Uposażony 2

Nazwisko	<input type="text"/>		Imiona	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	Udział <input type="text"/> %
			Telefon kontaktowy	<input type="text"/>

Uposażony 3

Nazwisko	<input type="text"/>		Imiona	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	Udział <input type="text"/> %
			Telefon kontaktowy	<input type="text"/>

Uposażony 4

Nazwisko	<input type="text"/>		Imiona	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	Udział <input type="text"/> %
			Telefon kontaktowy	<input type="text"/>

Uposażony 5

Nazwisko	<input type="text"/>		Imiona	<input type="text"/>
Adres zamieszkania	Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
	Miejscowość	Kod pocztowy		
Data urodzenia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	PESEL	<input type="text"/>	Udział <input type="text"/> %
			Telefon kontaktowy	<input type="text"/>

Suma udziałów: 1 0 0 %

3. Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość i data
Podpis Ubezpieczonego

⁽¹⁾ – niepotrzebne skreślić