



Dotyczy umowy ubezpieczenia:

- na życie  
 następstw nieszczęśliwych wypadków dla Ciebie i Partnera

Numer polisy

#### Dane Ubezpieczonego

Imię i nazwisko

PESEL

Adres zamieszkania

- Odwołuję wszystkie moje poprzednie dyspozycje dotyczące uprawnionych i jednocześnie wyznaczam jako uprawnionych wskazane poniżej osoby.**

#### Uprawniony do odbioru świadczenia z tytułu śmierci

Wyznaczam jako uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci:

- Osoba fizyczna**

- |    |                 |                          |                     |
|----|-----------------|--------------------------|---------------------|
| 1. | Imię i nazwisko | PESEL lub data urodzenia | Procent świadczenia |
| 2. | Imię i nazwisko | PESEL lub data urodzenia | Procent świadczenia |
| 3. | Imię i nazwisko | PESEL lub data urodzenia | Procent świadczenia |
| 4. | Imię i nazwisko | PESEL lub data urodzenia | Procent świadczenia |

- Firma**

- |    |             |               |                     |
|----|-------------|---------------|---------------------|
| 1. | Nazwa firmy | NIP lub REGON | Procent świadczenia |
| 2. | Nazwa firmy | NIP lub REGON | Procent świadczenia |

- Brak uprawnionego**

Podpisem potwierdzam złożenie wszystkich powyższych oświadczeń.

Data

Podpis Ubezpieczonego

Podpis/-y złożono w mojej  
obecności

Pieczętka funkcyjna i podpis pracownika Banku