

Numer wnioskopolisu

Dane osobowe ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

DDMM RRRR
Data urodzenia

Oświadczenie

Oświadczam, iż wyznaczam uposażonych (uprawnionych do świadczenia w przypadku mojej śmierci):

- | | | | | |
|----|------|----------|-----------------------------|--|
| 1. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |
| 2. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |
| 3. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |
| 4. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |
| 5. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |
| 6. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |
| 7. | Imię | Nazwisko | DDMM RRRR
Data urodzenia | <input type="text"/> %
Procentowy udział
w świadczeniu |

8. _____ Nazwisko _____ _____ %
Imię _____ Data urodzenia _____ Procentowy udział
w świadczeniu
9. _____ Nazwisko _____ _____ %
Imię _____ Data urodzenia _____ Procentowy udział
w świadczeniu
10. _____ Nazwisko _____ _____ %
Imię _____ Data urodzenia _____ Procentowy udział
w świadczeniu

W przypadku nieokreślenia procentowych udziałów uposażonych w świadczeniu lub określenia procentowych udziałów, których suma nie stanowi 100%, przyjmuje się, że udziały uposażonych są równe.