

Numer wnioskopolsy

Dane osobowe ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

DDMMRRRR
Data urodzenia

Oświadczenie

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

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

8.			D D M M R R R R Data urodzenia	% Procentowy udział w świadczeniu
9.			D D M M R R R R Data urodzenia	% Procentowy udział w świadczeniu
10.			D D M M R R R R 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.