

Numer wnioskopolisu

Dane osobowe ubezpieczonego

Imię

Nazwisko

PESEL

DDMMRRRR
Data urodzenia

Oświadczenie

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

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

