



Numer Wnioskopólisy _____

Oświadczenie

dotyczące wyznaczenia Uposażonych w Pakiecie Życie, Pakiecie AntyRAK, Pakiecie AntyRAK Plus w ramach Ogólnych warunków ubezpieczenia dla Klientów Providenta

Dane osobowe Ubezpieczonego

Imię _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Data urodzenia

Oświadczenie

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

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

8.	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Procentowy udział w świadczeniu
9.	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Imię	Nazwisko	Data urodzenia	Procentowy udział w świadczeniu
10.	_____	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
	Imię	Nazwisko	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.