Vienna Life
VIENNA INSURANCE GROUP

Nr Polisy

Formularz - zmiana Uposażonych

1. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Telefon

Adres zameldowania

Kraj

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Poczta

2. Uposażeni

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

3. Uposażeni Zastępczy

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

RRRR MM DD
Data urodzenia

PESEL

% świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego

RRRR MM DD
Data

Miejscowość

Podpis osoby uprawnionej do wskazania Uposażonego
(podpis zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy/
deklaracji przystąpienia do Umowy)