

Nr Polisy

Formularz - zmiana Uposażonych

1. Dane Ubezpieczonego

<input type="text"/> Nazwisko		<input type="text"/> Imię			
<input type="text"/> PESEL		<input type="text"/> Telefon			
<input type="text"/> Adres zamieszkania		<input type="text"/> Kraj			
<input type="text"/> Ulica		<input type="text"/> Nr domu		<input type="text"/> Nr mieszkania	
<input type="text"/> Miejscowość		<input type="text"/> Kod pocztowy		<input type="text"/> Poczta	

2. Uposażeni

<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	
<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	
<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	
<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	

3. Uposażeni Zastępczy

<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	
<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	
<input type="text"/> Nazwisko	<input type="text"/> Imię
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data urodzenia	<input type="text"/> % świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego
<input type="text"/> PESEL	

<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Data	<input type="text"/> Miejscowość
---	-------------------------------------

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

Vienna Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S. A. Vienna Insurance Group

adres ul. Cybernetyki 7
02-677 Warszawa
infolinia 801 888 000
+48 22 460 22 22

fax +48 22 332 17 55
mail info@viennalife.pl
web www.viennalife.pl

NIP: 951-19-33-418; **KRS:** Sąd Rejonowy dla M. St. Warszawy w Warszawie
XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego - numer KRS 0000056463
Wysokość kapitału zakładowego: 82 000 000 PLN (opłacony w całości)
Zarząd: Paweł Zięba - Prezes Zarządu, Witold Czechowski - Członek Zarządu,
Tomasz Borowski - Członek Zarządu