

Deklaracja zmiany Uposażonego



Dane Ubezpieczonego:

Imię _____

Nazwisko _____

PESEL _____

Typ dokumentu _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

D (dowód os.) _____

P (paszport) _____

Numer wnioskopolisu/Deklaracji ubezpieczeniowej: _____

Wskazuję następujących Uposażonych:

1

Imię / Nazwa firmy _____

Nazwisko / Nazwa firmy cd. _____

Data urodzenia (dd / mm / rrrr) _____

NIP _____

Typ dokumentu _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

D (dowód os.) _____

P (paszport) _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____

Nr lokalu _____

Nr telefonu _____

Adres e-mail _____

2

Imię / Nazwa firmy _____

Nazwisko / Nazwa firmy cd. _____

Data urodzenia (dd / mm / rrrr) _____

NIP _____

Typ dokumentu _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

D (dowód os.) _____

P (paszport) _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____

Nr lokalu _____

Nr telefonu _____

Adres e-mail _____

3

Imię / Nazwa firmy _____

Nazwisko / Nazwa firmy cd. _____

Data urodzenia (dd / mm / rrrr) _____

NIP _____

Typ dokumentu _____

Seria i numer dokumentu tożsamości _____

D (dowód os.) _____

P (paszport) _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Ulica _____

Nr domu _____

Nr lokalu _____

Nr telefonu _____

Adres e-mail _____

Prosimy wypełnić tylko jeden z poniższych bloków (w przypadku wypełnienia obydwu, wiążący jest blok a):

Świadczenie proszę wypłacić Uposażonym w proporcjach:

a

1. _____ %

2. _____ %

3. _____ %

100%

Uposażam wskazane osoby w następującej kolejności: (według cyfr z bloków powyżej)

b

Data: (dd / mm / rrrr)

Podpis

Uwaga:

1. W przypadku wypełnienia bloku a, gdy śmierć Uposażonego nastąpi przed śmiercią Ubezpieczonego, udział przeznaczony dla zmarłego Uposażonego, przypada w równych częściach pozostałym Uposażonym.

2. W przypadku wypełnienia bloku b powyżej, całość świadczenia otrzyma osoba wskazana w pierwszej kolejności, zaś w przypadku jej wcześniejszej śmierci osoba kolejna, itd.

3. Wypłata świadczenia przeznaczanego dla osoby niepełnoletniej następuje do rąk opiekuna prawnego.

4. Jeśli Ubezpieczony nie wskazał sposobu podziału świadczenia pomiędzy Uposażonych, lub też zrobił to w sposób nieprawidłowy (np. wskazania procentowe nie sumują się do 100 %), uznaje się, iż podział nastąpił w sposób proporcjonalny (w równych częściach).

Dokument prosimy przelać na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.
ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa