

UBEZPIECZYCIEL/UBEZPIECZAJĄCY (BANK)

ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
ul. Topiel 12
00-342 Warszawa

Bank Pocztowy S.A.
ul. Jagiellońska 17
85-959 Bydgoszcz

UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imiona

PESEL Data urodzenia

UPOSAŻENI

Pierwszy Uposażony % świadczenia

Nazwisko

Imiona

PESEL Data urodzenia

Adres stałego zameldowania

Drugi Uposażony % świadczenia

Nazwisko

Imiona

PESEL Data urodzenia

Adres stałego zameldowania

Trzeci Uposażony % świadczenia

Nazwisko

Imiona

PESEL Data urodzenia

Adres stałego zameldowania

Stwierdzam, że wyznaczona(e) wyżej osoba(y) jest/są w razie mojej śmierci uprawniona(e) do otrzymania Świadczenia przysługującego z tytułu Ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Procent Świadczenia wszystkich Uposażonych musi się sumować do 100%.

Upoważniam podmioty wykonujące działalność leczniczą, które udzielały mi świadczeń zdrowotnych, do udzielania informacji koniecznych do ustalenia prawa do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, z wyłączeniem wyników badań genetycznych, zarówno za mojego życia jak i po mojej śmierci. W tym celu wyrażam zgodę na przekazywanie upoważnionemu przez ING Życie lekarzowi informacji, o których mowa w zdaniu poprzednim, przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Podpis Ubezpieczonego

Miejscowość, data

Formularz prosimy przesłać listem poleconym na adres Bank Pocztowy ul. Jagiellońska 17, 85-959 Bydgoszcz.