nationale nederlanden

Formularz wskazania/Zmiany Uposażonego

Nr polisy

Ubezpieczyciel

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

Ubezpieczony

Nazwisko

Imiona

PESEL

Data urodzenia

Uwaga

- złożenie niniejszej dyspozycji powoduje jednoczesne odwołanie wcześniejszych wskazań osób uposażonych,
- niewskazanie żadnej osoby oznacza, że dotychczasowi Uposażeni zostaną usunięci i wypłata świadczenia nastąpi zgodnie z ogólnymi warunkami ubezpieczenia,
- udział procentowy musi się sumować do 100%,
- w przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe.

Uposażeni

Pokrewieństwo	Imię i nazwisko	Adres	Data urodzenia	PESEL	Udział %
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
			D|D|M|M|R|R|R|R	R|R|M|M|D|D| | | | |	
				Suma	**100%**

Ubezpieczony
Podpis

Miejscowość

Data

03.07.2015