



FORMULARZ WSKAZANIA / ZMIANY UPOSAŻONYCH

W związku z objęciem ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia na wypadek śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku DLA BLISKICH,

Dane Ubezpieczonego:

Imię	Adres stałego zamieszkania: ulica, nr domu, nr mieszkania
Nazwisko miejscowość, kod pocztowy, poczta
Numer PESEL	nr Certyfikatu/polisy
	data rozpoczęcia ochrony

wskazuję następujące osoby jako uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w związku z moją śmiercią:

Dane Uposażonego:

..... imię i nazwisko / nazwa	Adres do korespondencji: ulica, nr domu, nr mieszkania
..... miejscowość, kod pocztowy, poczta
Numer PESEL	Udział w świadczeniu%

Dane Uposażonego:

..... imię i nazwisko / nazwa	Adres do korespondencji: ulica, nr domu, nr mieszkania
..... miejscowość, kod pocztowy, poczta
Numer PESEL	Udział w świadczeniu%

Dane Uposażonego:

..... imię i nazwisko / nazwa	Adres do korespondencji: ulica, nr domu, nr mieszkania
..... miejscowość, kod pocztowy, poczta
Numer PESEL	Udział w świadczeniu%

Dane Uposażonego:

..... imię i nazwisko / nazwa	Adres do korespondencji: ulica, nr domu, nr mieszkania
..... miejscowość, kod pocztowy, poczta
Numer PESEL	Udział w świadczeniu%

.....
miejscowość, data

.....
podpis Ubezpieczonego
(zgodnie ze wzorem podpisu złożonym w Banku Zachodnim WBK S.A.)

Wypełniony dokument należy odesłać na adres:

Bank Zachodni WBK
Zespół Informacji Ubezpieczeniowej
Pl. Andersa 5, II piętro PFC
61-894 Poznań
(z dopiskiem DLA BLISKICH)