

Miejscowość, data

DEKLARACJA – WSKAZANIE UPOSAŻONEGO

Ja, niżej podpisany,

PESEL, nr dowodu osobistego

niniejszym upoważniam do odbioru świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia nr

WAUG..... w przypadku mojej śmierci następującą osobę/osoby:

L.p.	Nazwisko i imię	Data i miejsce urodzenia	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1				
2				
3				
4				

razem 100 %

odręczny podpis