



FORMULARZ WSKAZANIA/ZMIANY UPOSAŻONEGO

Instrukcja postępowania:

1. Prosimy o wypełnienie formularza drukowanymi literami.
2. Wypłata świadczenia przeznaczonego dla osoby niepełnoletniej następuje do opiekuna prawnego.
3. 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, że podział nastąpił w sposób proporcjonalny (w równych częściach).
4. Przekazanie nowego formularza anuluje poprzednie wskazania. Zmiana uposażonych jest skuteczna z dniem otrzymania nowego formularza przez Ubezpieczyciela.
5. Wypełniony formularz prosimy odesłać na adres:

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Numer Polisy / Wnioskopolisy / Deklaracji Ubezpieczeniowej*

Ubezpieczony

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Data urodzenia	

Dane Uposażonych

Uposażony 1

Imię	
Nazwisko	
Data urodzenia	
Udział [%]	

Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	

Telefon	
E-mail	

*prosimy wykreślić niewłaściwe

Uposażony 2

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Udział [%]			
Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Telefon			
E-mail			

Uposażony 3

Imię			
Nazwisko			
Data urodzenia			
Udział [%]			
Kraj		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Telefon			
E-mail			

.....
Data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczonego