|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (nazwa zakładu ubezpieczeń) |  | (miejscowość, data) |

OŚWIADCZENIE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  | (Imię i nazwisko ubezpieczonego) |
|  |  |  |
|  |  | (Adres) |
|  |  |  |
|  |  | (Kod pocztowy i miejscowość) |
|  |  |  |
|  |  | (Nr umowy ubezpieczenia) |
|  |  |
|  |  |

Unieważniam wszystkie poprzednie dyspozycje dotyczące uposażonych i jednocześnie wyznaczam jako uposażonego osobę/y wymienioną/y w tabeli poniżej:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwisko i imię/ Nazwa | Data i miejsce urodzenia / REGON | Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym | % świadczenia |
|  |  |  | |\_\_|\_\_|\_\_| % |
|  |  |  | |\_\_|\_\_|\_\_| % |
|  |  |  | |\_\_|\_\_|\_\_| % |
|  |  |  | |\_\_|\_\_|\_\_| % |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | (czytelny podpis) |