

.....  
*Miejscowość, data*



## DEKLARACJA – WSKAZANIE UPOSAŻONEGO

Ja, niżej podpisany .....,  
PESEL ....., nr dowodu osobistego .....  
niniejszym upoważniam do odbioru świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia NNW ZNP  
nr WAUG..... w przypadku mojej śmierci następującą osobę/osoby:

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

razem 100 %

.....  
*odręczny podpis*