

.....
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:

| 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