

DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

wypełnia **Ubezpieczający** – osoba, która zawarła umowę ubezpieczenia

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

W razie wątpliwości związanych z wypełnieniem niniejszego formularza prosimy o kontakt z Biurem Obsługi Klienta Colonnade pod numerem 22 276 26 00.

1. Polisa numer

UPOWAŻNIENIE

2. Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Colonnade wszystkich dokumentów i informacji, dotyczących okoliczności oraz następstw choroby, wypadku lub zdarzenia będącego przyczyną zgłoszenia roszczenia.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Ubezpieczającego

DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

3. Ja niżej podpisany, (imię i nazwisko) wskazuję następującą/-ce osobę/-y uposażoną/-e:

Nazwisko, imię	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*
.....
.....
.....
.....
.....

*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Ubezpieczającego

Wypełniony obustronnie formularz prosimy odesłać w załączonej do dokumentów kopercie bądź na adres Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce:

Biuro Obsługi Klienta Colonnade
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa

DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

wypełnia **współmałżonek/partner** osoby, która zawarła umowę ubezpieczenia

INSTRUKCJA POSTĘPOWANIA

W razie wątpliwości związanych z wypełnieniem niniejszego formularza prosimy o kontakt z Biurem Obsługi Klienta Colonnade pod numerem 22 276 26 00.

4. Polisa numer

UPOWAŻNIENIE

5. Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia Colonnade wszystkich dokumentów i informacji, dotyczących okoliczności oraz następstw choroby, wypadku lub zdarzenia będącego przyczyną zgłoszenia roszczenia.

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Ubezpieczonego

DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

6. Ja niżej podpisany, (imię i nazwisko) wskazuję następującą/-ce osobę/-y uposażoną/-e:

Nazwisko, imię	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*
.....
.....
.....
.....
.....

*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%

.....
miejsowość i data

.....
czytelny podpis Ubezpieczonego

Wypełniony obustronnie formularz prosimy odesłać w załączonej do dokumentów kopercie bądź na adres Colonnade Insurance S.A. Oddział w Polsce:

Biuro Obsługi Klienta Colonnade
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa