

## 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 22 545 85 15.

1. Polisa numer 01234000000056

### 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 mojego roszczenia.

Warszawa, 01.07.2017 r.

miejscowość i data

Jan Kowalski

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*
Janina Kowalska	12345678912	40%
Janusz Kowalski	76031287654	30%
Leszek Kowalski	81022177665	30%

\*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%

Warszawa, 01.07.2017 r.

miejscowość i data

Jan Kowalski

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 22 545 85 15.

4. Polisa numer 01234000000056

### 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 mojego roszczenia.

Warszawa, 01.07.2017 r.

miejsowość i data

Janina Kowalska

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*
Jan Kowalski	69030356465	70%
Janusz Kowalski	76031287654	15%
Lech Kowalski	81022177665	15%

\*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%

Warszawa, 01.07.2017 r.

miejsowość i data

Janina Kowalska

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