

## 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 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 roszczenia.

Warszawa, 01.07.2022 r.

miejsowość 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	32145678913	30%
Leszek Kowalski	78913412312	30%

\*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%

Warszawa, 01.07.2022 r.

miejsowość 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. Prosta 67  
00-838 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 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 roszczenia.

Warszawa, 01.07.2022 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	69030356456	70%
Janusz Kowalski	76013287654	15%
Lech Kowalski	81022177665	15%

\*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%

Warszawa, 01.07.2022 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. Prosta 67  
00-838 Warszawa