

**Oświadczenie Ubezpieczonego wskazujące Uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego, wypadku lotniczego lub zmieniające wcześniej złożone oświadczenie w tym zakresie, w związku z objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków dla abonentów TP SA nr 07BB2010**

1. Niniejszym wskazuję poniższe osoby jako uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego lub wypadku lotniczego.

**UPRAWNIENI:**

- 1) Nazwisko/Nazwa: .....  
 Pierwsze imię: .....  
 Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
 Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....  
 Adres korespondencyjny uposażonego .....  
 % świadczenia: .....
- 2) Nazwisko/Nazwa: .....  
 Pierwsze imię: .....  
 Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
 Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....  
 Adres korespondencyjny uposażonego .....  
 % świadczenia: .....
- 3) Nazwisko/Nazwa: .....  
 Pierwsze imię: .....  
 Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
 Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....  
 Adres korespondencyjny uposażonego .....  
 % świadczenia: .....
- 4) Nazwisko/Nazwa: .....  
 Pierwsze imię: .....  
 Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
 Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....  
 Adres korespondencyjny uposażonego .....  
 % świadczenia: .....
- 5) Nazwisko/Nazwa: .....  
 Pierwsze imię: .....  
 Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych) .....  
 Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....  
 Adres korespondencyjny uposażonego .....  
 % świadczenia: .....  
 % świadczenia: .....

2. Jednocześnie wycofuję wcześniej złożone oświadczenia w sprawie wskazania osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku, wypadku komunikacyjnego lub wypadku lotniczego.<sup>1</sup>

|                      |                                     |                                |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| .....<br>Miejscowość | .....<br>Data złożenia oświadczenia | .....<br>Podpis Ubezpieczonego |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------------|

**WYPEŁNIA PRACOWNIK Punktu Obsługi Klienta PZU SA:**

|                      |                                      |   |
|----------------------|--------------------------------------|---|
| .....<br>Miejscowość | .....<br>Data przyjęcia oświadczenia | .....<br>Pieczęć i podpis pracownika PZU SA |
|----------------------|--------------------------------------|---|

*Wypełniony i podpisany druk powinien być przesłany przez pracownika PZU SA na adres:  
 Centrum Operacji Ubezpieczeniowych PZU SA, ul. Postępu 18A, 02-676 Warszawa*

<sup>1</sup> ust. 2 należy wykreślić, jeżeli Ubezpieczony po raz pierwszy wskazuje Uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku