

Žiadosť o zmenu oprávnených osôb

OPRÁVNENÉ OSOBY

(uveďte, prosím, mená osôb spolu s percentuálnym podielom poistného plnenia, ktorý majú dostať v prípade úmrtia poisteného)

OPRÁVNENÁ OSOBA 1

PERCENTUÁLNY PODIEL:

 %

Meno a priezvisko: _____ Vzťah k poistenému: _____

Dátum narodenia: _____ Telefón: _____ Mobilný telefón: _____

OPRÁVNENÁ OSOBA 2

PERCENTUÁLNY PODIEL:

 %

Meno a priezvisko: _____ Vzťah k poistenému: _____

Dátum narodenia: _____ Telefón: _____ Mobilný telefón: _____

OPRÁVNENÁ OSOBA 3

PERCENTUÁLNY PODIEL:

 %

Meno a priezvisko: _____ Vzťah k poistenému: _____

Dátum narodenia: _____ Telefón: _____ Mobilný telefón: _____

OPRÁVNENÁ OSOBA 4

PERCENTUÁLNY PODIEL:

 %

Meno a priezvisko: _____ Vzťah k poistenému: _____

Dátum narodenia: _____ Telefón: _____ Mobilný telefón: _____

OPRÁVNENÁ OSOBA 5

PERCENTUÁLNY PODIEL:

 %

Meno a priezvisko: _____ Vzťah k poistenému: _____

Dátum narodenia: _____ Telefón: _____ Mobilný telefón: _____

OPRÁVNENÁ OSOBA 6

PERCENTUÁLNY PODIEL:

 %

Meno a priezvisko: _____ Vzťah k poistenému: _____

Dátum narodenia: _____ Telefón: _____ Mobilný telefón: _____

1

Podpis poisteného 1

2Podpis poisteného 2
(manžel/manželka)

Podpis poisťníka



Dátum