

## 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. 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 .....

### 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.

.....  
miejsce 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%

.....  
miejsce 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. Prosta 67  
00-838 Warszawa