

# DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW I UPOWAŻNIENIE

wypełnia **Ubezpieczony**

## 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 .....

## DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

2. Ja niżej podpisany wskazuję następujących uposażonych/Beneficjentów:

Nazwisko, imię	PESEL	% udział w kwocie świadczenia*
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

\* Suma udziałów musi być równa 100%.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis Ubezpiezonego

## UPOWAŻNIENIE

3. 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 Ubezpiezonego

Wypełniony 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 I UPOWAŻNIENIE wypełnia **drugi Ubezpieczony (partner/współmałżonek) – jeśli dotyczy**

### 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 .....

### DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

5. Ja niżej podpisany wskazuję następujących uposażonych/Beneficjentów:

Nazwisko, imię	PESEL	% udział w kwocie świadczenia*
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

\* Suma udziałów musi być równa 100%.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis Ubezpieczonego

### UPOWAŻNIENIE

6. 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 Ubezpieczonego

Wypełniony 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