

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 Ubezpieczonego

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 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