

Dane obowiązkowe	Pracownik	Małżonek/Partner	Pełnoletnie dziecko
Nazwisko			
Imię			
PESEL			
Telefon			
Miejsce urodzenia			
Data zatrudnienia		nd	nd
Data ślubu	nd		nd
Kod pocztowy			
Poczta			
Ulica i numer			
Miejscowość			

Uposażony - osoba/podmiot uprawniona/y do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego:

1)	Nazwisko			
	Imię			
	Data urodzenia			
	Miejsce urodzenia			
	Pełny adres			
	Procent świadczenia			
2)	Nazwisko			
	Imię			
	Data urodzenia			
	Miejsce urodzenia			
	Pełny adres			
	Procent świadczenia			
3)	Nazwisko			
	Imię			
	Data urodzenia			
	Miejsce urodzenia			
	Pełny adres			
	Procent świadczenia			

Wskazuję partnera życiowego

Nazwisko		nd	
Imię		nd	
PESEL		nd	
Miejsce urodzenia		nd	