



AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie, pracodawcę oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia AIG wszystkich niezbędnych informacji dotyczących okoliczności oraz następstw wypadku/zachorowania będącego przyczyną zgłoszenia roszczenia.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

(wypełnia Ubezpieczający – osoba, która zawarła umowę ubezpieczenia)

Ja niżej podpisany, (imię i nazwisko) wskazuję następującą/ce osobę/y uposażoną/e :

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%.

Polisa numer:

.....
Data i podpis Ubezpieczającego

Drugą stronę wypełnia współmałżonek/partner

Wypełniony **obustronnie** formularz prosimy odesłać w załączonej do dokumentów kopercie.

Biuro Obsługi Klienta
02-770 Warszawa 130
skrytka pocztowa 60
Tel. 22 545 85 15



AIG Europe Limited Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Oddział w Polsce
ul. Marszałkowska 111
00-102 Warszawa

UPOWAŻNIENIE

Niniejszym upoważniam szpital, przychodnię, lekarzy prowadzących leczenie, pracodawcę oraz każdą inną osobę fizyczną lub osobę prawną do dostarczenia AIG wszystkich niezbędnych informacji dotyczących okoliczności oraz następstw wypadku/zachorowania będącego przyczyną zgłoszenia roszczenia.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

DYSPOZYCJA MIANOWANIA BENEFICJENTÓW

(wypełnia **współmałżonek/partner** osoby, która zawarła umowę ubezpieczenia)

Ja niżej podpisany, (imię i nazwisko) wskazuję następującą/ce osobę/y uposażoną/e :

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

NAZWISKO	IMIĘ	PESEL	% udział w kwocie uposażenia*

*Suma procentowych udziałów musi być równa 100%.

Polisa numer:

.....
Data i podpis Ubezpieczonego

Drugą stronę wypełnia Ubezpieczający

Wypełniony **obustronnie** formularz prosimy odesłać w załączonej do dokumentów kopercie.

Biuro Obsługi Klienta
02-770 Warszawa 130
skrytka pocztowa 60
Tel. 22 545 85 15