



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