

Miejscowość, data



## DEKLARACJA – WSKAZANIE UPOSAŻONEGO

Ja, niżej podpisany .....,

PESEL ....., nr dowodu osobistego .....

niniejszym upoważniam do odbioru świadczeń należnych z umowy ubezpieczenia NNW ZNP

nr WAUG..... w przypadku mojej śmierci następującą osobę/osoby:

L.p.	Nazwisko i imię	Data i miejsce urodzenia	Adres do korespondencji wraz z kodem pocztowym	% świadczenia
1				
2				
3				
4				

razem 100 %

*odręczny podpis*