

WSKAZANIE/ZMIANA UPOSAŻONEGO "INWESTYCYJNY PLAN UBEZPIECZENIOWY"

Nr Kartoteki Klienta

1. UBEZPIECZYCIEL/UBEZPIECZAJĄCY (BANK)

 ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
 ul. Ludna 2
 00-406 Warszawa

 ING Bank Śląski S.A.
 ul. Sokolska 34
 40-086 Katowice

2. UBEZPIECZONY

Nazwisko

Imiona

PESEL

Data urodzenia

 Nr Certyfikatu
 ubezpieczenia

3. UPOSAŻENI

Pierwszy Uposażony

% świadczenia

Nazwisko

Imiona

PESEL

Data urodzenia

 Adres stałego
 zameldowania

Drugi Uposażony

% świadczenia

Nazwisko

Imiona

PESEL

Data urodzenia

 Adres stałego
 zameldowania

Trzeci Uposażony

% świadczenia

Nazwisko

Imiona

PESEL

Data urodzenia

 Adres stałego
 zameldowania

Stwierdzam, że wyznaczona(e) wyżej osoba(y) jest/są w razie mojej śmierci uprawniona(e) do otrzymania świadczenia przysługującego z tytułu ochrony ubezpieczeniowej, potwierdzonej ww. numerem Certyfikatu ubezpieczenia, udzielanej mi w ramach Grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie "Inwestycyjny Plan Ubezpieczeniowy".

 Imię i nazwisko
 Pracownika Banku

Nr Oddziału

Nr telefonu Pracownika Banku

Podpis Pracownika Banku

Podpis Ubezpieczonego

Data

Data