

Žádost o změnu obmyšlených osob

OBMYŠLENÉ OSOBY

(uveďte, prosím, jména osob společně s procentním podílem pojistného plnění, který mají obdržet v případě úmrtí pojištěného)

OBMYŠLENÁ OSOBA 1

PROCENTUÁLNÍ PODÍL:

 %

Jméno a příjmení: _____ Vztah k pojištěnému: _____

Datum narození: _____ Telefon: _____ Mobilní telefon: _____

OBMYŠLENÁ OSOBA 2

PROCENTUÁLNÍ PODÍL:

 %

Jméno a příjmení: _____ Vztah k pojištěnému: _____

Datum narození: _____ Telefon: _____ Mobilní telefon: _____

OBMYŠLENÁ OSOBA 3

PROCENTUÁLNÍ PODÍL:

 %

Jméno a příjmení: _____ Vztah k pojištěnému: _____

Datum narození: _____ Telefon: _____ Mobilní telefon: _____

OBMYŠLENÁ OSOBA 4

PROCENTUÁLNÍ PODÍL:

 %

Jméno a příjmení: _____ Vztah k pojištěnému: _____

Datum narození: _____ Telefon: _____ Mobilní telefon: _____

OBMYŠLENÁ OSOBA 5

PROCENTUÁLNÍ PODÍL:

 %

Jméno a příjmení: _____ Vztah k pojištěnému: _____

Datum narození: _____ Telefon: _____ Mobilní telefon: _____

OBMYŠLENÁ OSOBA 6

PROCENTUÁLNÍ PODÍL:

 %

Jméno a příjmení: _____ Vztah k pojištěnému: _____

Datum narození: _____ Telefon: _____ Mobilní telefon: _____



Podpis pojistníka

1



Podpis pojištěného 1

2



Podpis pojištěného 2



Datum