

OŚWIADCZENIE PRAWNEGO SPADKOBIERCY DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO W PRZYPADKU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO



I. Dane osoby składającej oświadczenie

<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Imię i nazwisko			PESEL		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Data urodzenia	Miejsce urodzenia	Imię ojca	Imię matki		
Adres zamieszkania: <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/>			
Kod pocztowy		Miejscowość			
<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Ulica			Nr domu	Nr lokalu	
Rodzaj dokumentu: <input type="text"/>		Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy			
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Seria i nr dokumentu		Wydany dnia (dd-mm-rrrr)		Wydany przez	

II. Oświadczenie

Oświadczam, że Pan/-i

urodzony dn. -- zmarły/-a dn. -- zamieszkały/-a ostatnio

Data (dd-mm-rrrr) Data (dd-mm-rrrr)

Adres zamieszkania: -

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr lokalu

ubezpieczony/-a według polisy nr , nie zostawił/-a testamentu.

Jednocześnie oświadczam, iż nie został sporządzony notarialny akt poświadczenia dziedziczenia oraz nie zostało wszczęte lub zakończone postępowanie sądowe o stwierdzenie nabycia spadku po ww. ubezpieczonym

Imię i nazwisko

Jedynym/-i spadkobiercą/-ami jest/są:

Imię i nazwisko, stopień pokrewieństwa

Opcja dla osoby zrzekającej się swojej części świadczenia na rzecz innego spadkobiercy prawnego:

Oświadczam, że upoważniam do odbioru należnej mi części świadczenia

Imię i nazwisko

--

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

PESEL

W razie, gdyby na skutek postępowania sądowego o stwierdzenie nabycia spadku lub w notarialnym akcie poświadczenia dziedziczenia, spadkobiercą/spadkobiercami ustalono inne osoby, zobowiązuję się zwrócić do kasy PZU Życie SA pobrane świadczenie (kwotę zł) w ciągu 7 dni od wezwania pod rygorem wystąpienia PZU Życie SA na drogę sądową o zwrot nienależnie wypłaconego świadczenia.

--

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis

III. Potwierdzenie tożsamości

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie

Rodzaj dokumentu:

Rodzaj dokumentu tożsamości: DO – dowód osobisty, PA – paszport, KP – karta pobytu, PJ – prawo jazdy

Seria i nr dokumentu

 – –

Wydany dnia (dd-mm-rrrr)

Wydany przez

Jednocześnie potwierdzam własnoręczność podpisu osoby.

 – –

Data (dd-mm-rrrr)

Podpis i pieczęć pracownika Grupy PZU