Oświadczenie Ubezpieczonego wskazujące lub zmieniające wskazanie uprawnionego z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (kwota świadczenia - kwota udzielonej pożyczki) oraz świadczenia z tytułu zgonu (niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem) w kwocie pozostałej po wypłacie na rzecz PKO BP SA.

Niniejszym wskazuję poniższe osoby jako uprawione do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu w następstwie nieszczęśliwego wypadku (kwota świadczenia - kwota udzielonej pożyczki), wypłacanego na podstawie zapisów § 14 Warunków grupowego ubezpieczenia utraty pracy dla pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez PKO BP S.A, / Warunków grupowego ubezpieczenia utraty pracy dla pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP S.A oraz świadczenia z tytułu zgonu (niespowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem) w kwocie pozostałej po wypłacie na rzecz PKO BP - na podstawie Warunków ubezpieczenia na życie dla pożyczkobiorców pożyczek gotówkowych udzielonych przez PKO BP SA / Warunków ubezpieczenia na życie dla pożyczkobiorców pożyczek Inteligo udzielonych przez PKO BP S.A Tym samym cofam wskazanie osób uposażonych dokonane przeze mnie w Deklaracji zgody oraz we wszystkich uprzednio złożonych oświadczeniach wskazujących / zmieniających uprawnionych.

UPOSAŻENI:

1. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

2. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

3. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

4. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

5. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

6. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

7. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

8. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

9. Nazwisko/Nazwa: .....
   Pierwsze imię: .....
   Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
   % świadczenia: .....

10. Nazwisko/Nazwa: .....
    Pierwsze imię: .....
    Nr PESEL lub stopień pokrewieństwa (dotyczy osób fizycznych)/ Nr REGON (dotyczy osób prawnych): .....
    % świadczenia: .....

.....	.....	.....
Miejscowość	Data złożenia oświadczenia	Podpis Ubezpieczonego

WYPEŁNIA OSOBA UPOWAŻNIONA PRZEZ PKO BP:

Potwierdzam zgodność danych zawartych w niniejszym oświadczeniu ze stanem faktycznym.

.....	.....	.....
Miejscowość	Data przyjęcia oświadczenia	Pieczęć i podpis osoby upoważnionej przez PKO BP