CRÉDIT AGRICOLE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

CRÉDIT AGRICOLE

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu
TOP 100 DYWIDENDA

Nr certyfikatu: _____

Dane Ubezpieczonego:
Imię (imiona): _____
Nazwisko: _____
Seria i nr dokumentu tożsamości: _____ PESEL: _____
Data urodzenia: _____

Adres zameldowania:
Ulica, nr: _____ Kod pocztowy: _____
Miejscowość: _____ Poczta: _____

Dane Uprawnionego/Zgłaszającego:
Imię (imiona): _____
Nazwisko: _____
PESEL: _____ Nr tel.: _____

Adres zameldowania:
Ulica, nr: _____ Kod pocztowy: _____
Miejscowość: _____ Poczta: _____
Nazwa Banku i numer rachunku bankowego: _____

Wnoszę o wypłatę należnego mi świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej tymczasowej/właściwej.
Oświadczam, że śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku:

1) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego przed upływem 2 lat od przystąpienia Ubezpieczonego do ubezpieczenia;

   tak / nie / nie mam wiedzy

2) działań wojennych, stanu wojennego;

   tak / nie / nie mam wiedzy

3) pozostawania przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających;

   tak / nie / nie mam wiedzy

4) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach, aktach terroru;

   tak / nie / nie mam wiedzy

W związku ze śmiercią Ubezpieczonego:

1) było / nie było prowadzone postępowanie przez Policję / Prokuraturę. Jeśli tak, należy podać jaka jednostka prowadziła sprawę i pod jaki numerem …….,
2) zgon stwierdził lekarz z placówki medycznej ……<nazwa>……...

Załączone dokumenty zgodnie z OWU:

1) kopia dokumentu tożsamości,
2) odpis lub kopia aktu zgonu Ubezpieczonego[1],
3) inne (proszę wymienić jakie) …….

..... *Pieczęć podpisowa*
Data i podpis osoby składającej wniosek

_____

[1] Dokumenty wymienione w pkt. 1) i 2) należy składać w oryginałach lub kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez pracownika Credit Agricole Bank Polska S.A. lub notarialnie.