CRÉDIT AGRICOLE UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

CRÉDIT AGRICOLE

Wniosek o wypłatę świadczenia 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:

Zgłaszam roszczenie o wypłatę świadczenia:

☐ Wykup przed końcem okresu Ubezpieczenia

Oświadczam, że występuje z Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym dla Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A. TOP 100 DYWIDENDA. Przyjmuję do wiadomości, iż ochrona ubezpieczeniowa właściwa z tytułu Ubezpieczenia na Życie kończy się z dniem złożenia przeze mnie niniejszego wniosku oraz że z dniem wystąpienia z ubezpieczenia wygasają wszelkie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia lub zgonu Ubezpieczonego.

☐ Z tytułu dożycia do końca okresu Ubezpieczenia

Załączam ksero dokumentu tożsamości (potwierdzone za zgodność z oryginałem notarialnie lub przez pracownika Credit Agricole Bank Polska S.A.).

Numer rachunku bankowego, na który ma być przekazane świadczenie:

……
<nr NRB>

Dane Właściciela rachunku bankowego, na które ma być przekazane świadczenie (wypełnić, jeśli inne niż dane Ubezpieczonego):

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

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

…..... *Pieczęć podpisowa*
Data i podpis Ubezpieczonego