

## Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu

---

nazwa produktu

**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 jakim numerem \_\_\_\_\_
- 2) zgon stwierdził lekarz z placówki \_\_\_\_\_

Załączone dokumenty zgodnie z OWU:

1. kopia dokumentu tożsamości,
2. odpis lub kopia aktu zgonu Ubezpieczonego<sup>1</sup>,
3. inne (proszę wymienić jakie) \_\_\_\_\_

---

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., Ubezpieczyciela lub notarialnie.