CRÉDIT AGRICOLE UBEZPIECZENIA

Wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia „InvestMedica”

Nr polisy: ……..

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 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: ……..

….....

Data i podpis Ubezpieczonego *Pieczęć podpisowa*