

**Wniosek o częściową wypłatę świadczenia
z Umowy Dodatkowego Grupowego Ubezpieczenia Hospitalizacji
dla Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A.**

Dane Ubezpieczonego:

Imię (Imiona) _____

Nazwisko _____

Kod pocztowy _ - _ - _ - _ Ulica _____

Miejscowość _____ Poczta _____

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____

Dane Osoby zgłaszającej (pełnomocnika)

Imię (Imiona) _____

Nazwisko / Nazwa _____

Kod pocztowy _ - _ - _ - _ Ulica _____

Miejscowość _____ Poczta _____

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____

Pesel _____

REGON / NIP _____

Niniejszym wnoszę o Wypłatę częściową świadczenia z tytułu hospitalizacji Ubezpieczonego za okres od do

Proszę o wypłatę kwoty świadczenia na rachunek bankowy o numerze:

Załączone dokumenty zgodnie z OWU:

- 1) kopia dokumentu tożsamości,
- 2) wystawione przez lekarza prowadzącego potwierdzenie pobytu w szpitalu zawierające imię, nazwisko, pesel pacjenta, identyfikację szpitala (nazwa, adres, pieczęć), powód pobytu w szpitalu, datę przyjęcia do szpitala, oświadczenie szpitala, że do dnia oznaczonego jako dzień wystawienia zaświadczenia ten pacjent przebywa w szpitalu,
- 3) inne /proszę wymienić jakie/

Data i podpis Uprawnionego/Osoby zgłaszającej