

**Wniosek o wypłatę świadczenia
z Umowy grupowego dodatkowego Ubezpieczenia Hospitalizacji
/ Umowy grupowego dodatkowego Ubezpieczenia Poważnego Zachorowania
Klientów Credit Agricole Bank Polska S.A.**

Dane Ubezpieczonego:

Imię (Imiona) _____
Nazwisko _____
Kod pocztowy ___ - ___ Ulica _____
Miejscowość _____ Poczta _____
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____

Dane Uprawnionego/Osoby zgłaszającej

Imię (Imiona) _____
Nazwisko _____
Kod pocztowy ___ - ___ Ulica _____
Miejscowość _____ Poczta _____
Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____
PESEL _____

Nazwa Banku i numer rachunku bankowego:

Rodzaj zdarzenia ubezpieczeniowego:

- Pobyt Ubezpieczonego w szpitalu
 Poważne zachorowanie Ubezpieczonego

Załączone dokumenty zgodnie z OWU:¹

- Kopia dokumentu tożsamości,
 Dokumentacja medyczna potwierdzająca pobyt Ubezpieczonego w szpitalu,
 Dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania,
 Inne: _____

Data i podpis Uprawnionego/Osoby zgłaszającej
wniosek

Data i podpis osoby przyjmującej

¹ Dokumenty załączone do wniosku w formie kserokopii wymagają poświadczenia za zgodność z oryginałem przez pracownika CALI Europe S.A., Oddział w Polsce, pracownika Credit Agricole Bank Polska SA lub notarialnie