Wniosek o wypłatę świadczenia
z Umowy grupowego ubezpieczenia na życie
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:

_____

_____

Załączone dokumenty zgodnie z OWU:[1]

☐ Kopia dokumentu tożsamości,

☐ Dokumentacja medyczna dotycząca przyczyn zgonu Ubezpieczonego,

☐ Dokumentacja medyczna potwierdzająca ewentualne wcześniejsze schorzenia Ubezpieczonego, jego pobyty w szpitalach itp.,

☐ 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