

**Wniosek o wypłatę świadczenia
z Umowy grupowego ubezpieczenia na życie Klientów „Z MYŚLĄ O BLISKICH”
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 roszczenie

Imię (Imiona) _____

Nazwisko / Nazwa _____

Kod pocztowy _ _ - _ _ _ Ulica _____

Miejscowość _____ Poczta _____

Data urodzenia (dd-mm-rrrr) _____

REGON / NIP _____

Nazwa banku i numer rachunku do wypłaty świadczenia:

Załączone dokumenty¹, zgodnie z OWU:

- kopia dokumentu tożsamości Uprawnionego
- odpis aktu zgonu lub kopia aktu zgonu
- zaświadczenie o przyczynie zgonu (karta statystyczna do karty zgonu),
- raport policji (prokuratury),
- inne dokumenty potwierdzające zajście i okoliczności Zdarzenia ubezpieczeniowego (proszę wymienić jakie)

Data i podpis Uprawnionego / osoby zgłaszającej roszczenie

Data i podpis osoby przyjmującej
wniosek/pieczątka placówki

¹ Dokumenty wymagają poświadczenia za zgodność z oryginałem przez pracownika CALI Europe Spółka Akcyjna Oddział w Polsce lub pracownika Credit Agricole Bank Polska S.A. lub notarialnie