

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

ADRESAT DYSPOZYCJI

Nazwa BNP PARIBAS CARDIF

Adres UL. GRZYBOWSKA 78, 00-844 WARSZAWA

DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O WYPŁATĘ

Imię i nazwisko _____

Nazwa Firmy (opcjonalnie) _____

Numer rachunku bankowego ____ _ ____ _ ____ _ ____ _ ____ _

Numer sprawy _____

ADRES DO KORESPONDENCJI

Ulica _____

Numer domu ____ _ Numer mieszkania ____ _ Kod pocztowy ____ - ____ _

Pocztą _____ Miejscowość _____ Kraj _____

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego.

Proszę o przekazanie wypłaty na mój rachunek bankowy wskazany powyżej.

Miejscowość i data _____

Czytelny podpis _____

