

WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA KOŃCOWEGO

Polisa nr

Dane Ubezpieczonego:

Nazwisko: Imię:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie dodatkowo poniższych danych oraz na przekazywanie informacji lub składanie oświadczeń na:

Tel. kontaktowy: E-mail:

Należną kwotę wynikającą z rozwiązania ww. umowy ubezpieczenia proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Imię i nazwisko posiadacza rachunku, jeżeli inny niż Ubezpieczony:

.....

Załącznik:

kserokopia dowodu osobistego (z zastrzykniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem) Ubezpieczonego

Prawdziwość powyższych danych stwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data: __/__/____ Podpis Ubezpieczonego:

Po wypełnieniu prosimy przelać niniejszy formularz wraz z kopią dowodu osobistego (z zastrzykniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem) na adres:

Prévoir Vie - Groupe Prévoir S.A.- Oddział w Polsce
Ul. Emilii Plater 28
00-688 Warszawa

Tel. (22) 572 80 00
Fax: (22) 349 96 29
prevoir@prevoir.pl
www.prevoir.pl