

**WNIOSEK O WYPŁATĘ ŚWIADCZENIA
Z TYTUŁU ZGONU RODZICA/RODZICA
MAŁŻONKA UBEZPIECZONEGO**

Polisa nr

Dane rodzica/rodzica małżonka Ubezpieczonego:

Nazwisko: Imię:

Data zgonu: __/__/----

Dane Ubezpieczonego:

Nazwisko: Imię:

Tel. kontaktowy: E-mail:

Należne świadczenie z tytułu zgonu proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku, jeśli inny niż Ubezpieczony:

.....

Załączniki:

- kserokopia dowodu osobistego (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- kserokopia aktu zgonu
- kserokopia aktu małżeństwa w przypadku zgonu małżonka oraz zgonu rodzica małżonka Ubezpieczonego

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data: __/__/_____ Podpis Ubezpieczonego:

Po wypełnieniu prosimy przesać niniejszy formularz wraz z załącznikami 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