

**Dane Ubezpieczonego (rodzica dziecka):**

Nazwisko: ..... Imię: .....

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

Tel. kontaktowy: ..... E-mail: .....

**Dane dziecka:**

Nazwisko: ..... Imię: .....

Data urodzenia: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Świadczenie z tytułu urodzenia martwego dziecka proszę przekazać przelewem na rachunek bankowy:

Imię i nazwisko posiadacza rachunku jeżeli inny niż Ubezpieczony:

.....

**Załączniki:**

- kserokopia aktu urodzenia dziecka (z adnotacją „dziecko martwo – urodzone”)
  - kserokopia dowodu osobistego (z zasłoniętym wizerunkiem oraz przekreślonym dokumentem)
- Ubezpieczonego (rodzica dziecka)

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem:

Data: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Podpis Ubezpieczonego: .....

**Po wypełnieniu prosimy przelać 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