



ŻYCIE TUW

REZYGNACJA

DANE OSOBOWE

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Miejscowość

Kod pocztowy

Kraj

PESEL

Rezygnacja dotyczy polisy

Nazwa ubezpieczyciela

Nr polisy

Data zawarcia umowy ubezpieczenia

Oświadczam że (prosimy o zaznaczenie odpowiednich pól):

rezygnuję z przedłużenia umowy na kolejny okres roczny,

wypowiadam umowę z zachowaniem okresu wypowiedzenia,

rezygnuję z umowy dodatkowej (jakiej?):

Śmierć lub trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku NW

Poważne zachorowanie

Pobyt w szpitalu w wyniku NW

Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW

Trwała i całkowita niezdolność do pracy

Niniejszym oświadczam, iż jestem świadomy, że okres wypowiedzenia umowy wynosi 2 miesiące, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, czego konsekwencją jest wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego.

W związku z faktem, iż w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, jako właściwy do zwrotu składki wskazuję następujący rachunek bankowy:

1. Numer rachunku:

2. Dane posiadacza rachunku bankowego:

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania

Ulica

Nr domu

Nr mieszkania

Kod pocztowy

Miejscowość

Data:

Miejscowość:

Czytelny podpis:

O.ZS/03/19