

Numer umowy

Numer deklaracji



DEKLARACJA REZYGNACJI UBEZPICZONEGO Z GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA Tuw PZUW OPIEKA MEDYCZNA

Określenia, które zostały zdefiniowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, używane są w tym dokumencie w takim samym znaczeniu

I Dane ubezpieczonego

----------------------	----------------------	----------------------

Pan/Pani Pierwsze imię

Nazwisko

----------------------	----------------------

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

PESEL

----------------------	----------------------

Adres e-mail

II Rezygnacja z ubezpieczenia

[] Oświadczam, że rezygnuję z Grupowego Ubezpieczenia Tuw PZUW Opieka Medyczna.

Mam świadomość, że złożenie przeze mnie rezygnacji skutkować będzie zakończeniem odpowiedzialności Tuw PZUW względem mnie i współubezpieczonych w terminie określonym w grupowej umowie ubezpieczenia Tuw PZUW Opieka Medyczna.

Data

Imię i nazwisko osoby rezygnującej z ubezpieczenia