

Numer umowy

Numer deklaracji



DEKLARACJA REZYGNACJI WSPÓŁUBEZPICZONEGO 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

II Dane współubezpieczonego

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

Pan/Pani Pierwsze imię

Nazwisko

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

Data urodzenia (dd-mm-rrrr)

PESEL

III Dane Osoby składającej rezygnację

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

Pierwsze imię

Nazwisko

Adres e-mail

IV 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 w terminie określonym w grupowej umowie ubezpieczenia Tuw PZUw Opieka Medyczna.

Data

Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie o rezygnacji