

## OŚWIADCZENIE WOLI O ODSTĄPIENIU/ REZYGNACJI Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

**NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW „TWOJA OCHRONA”**

Seria i numer polisy:	
Data przystąpienia do ubezpieczenia:	

UBEZPIECZAJĄCY			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Obywatelstwo	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
UBEZPIECZAJĄCY			
Nazwa przedsiębiorstwa		KRS lub nr wpisu do ewidencji przedsiębiorstwa	
REGON przedsiębiorstwa		NIP przedsiębiorstwa	
Adres e-mail			
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres siedziby przedsiębiorstwa			
Adres do korespondencji przedsiębiorstwa			
UBEZPIECZONY GŁÓWNY			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Adres e-mail	
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
PARTNER			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)		Adres e-mail	
Telefon kontaktowy (komórkowy)		Telefon kontaktowy (stacjonarny)	
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 1			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
DZIECKO 2			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla			

obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			
<b>DZIECKO 3</b>			
Imię/Imiona		Nazwisko	
PESEL (data urodzenia dla obcokrajowców)			
Adres zameldowania			
Adres do korespondencji			

Oświadczam, że z dniem |\_|\_|H\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

- odstępuję od Umowy ubezpieczenia** zawartej w ramach *Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona” TU Europa S.A.*

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z *Ogólnymi warunkami ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”* niniejsze odstąpienie jest skuteczne z dniem złożenia owego odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

- rezygnuję z ochrony ubezpieczeniowej** udzielanej w ramach *Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona” TU Europa S.A.*

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z *Ogólnymi warunkami ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”* niniejsza rezygnacja jest skuteczna z ostatnim dniem Miesiąca ubezpieczeniowego, w którym zostało złożone oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż z dniem następującym po dniu złożenia owego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

- rezygnuję z automatycznej kontynuacji okresu ubezpieczenia** w ramach *Ogólnych warunków ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona” TU Europa S.A.*

Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z *Ogólnymi warunkami ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków „Twoja ochrona”* Umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona na kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia (automatyczna kontynuacja), a Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.

Jednocześnie proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej na poniższy rachunek bankowy:

<b>Numer rachunku bankowego</b>	
<b>Imię i nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego</b>	
<b>Adres właściciela rachunku bankowego</b>	

(data, miejscowość)

(data, miejscowość)

(data, miejscowość)

(podpis Ubezpieczającego)

(podpis Ubezpieczonego Głównego)

(podpis Partnera)