

## OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY UBEZPIECZENIA Szlachetne Zdrowie

Seria i numer Polisy:	
Data złożenia oświadczenia:	

### Dane Ubezpieczającego:

Imię:		Nazwisko:	
Seria i nr dowodu osobistego / nr paszportu (dla obcokrajowców):		PESEL / data urodzenia (dla obcokrajowców):	
Adres zameldowania – ulica i nr:			
Adres zameldowania – miejscowość:		Adres zameldowania –kod pocztowy:	

Niniejszym oświadczam, że odstępuję od Umowy Ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU Szlachetne Zdrowie kod: 2011\_SZD\_v.01 i proszę o zwrot części składki za niewykorzystany okres ochrony na rachunek bankowy wskazany poniżej:

Wskazany przez Ubezpieczającego rachunek bankowy do zwrotu części składki: (w formacie NRB)	
Dane właściciela rachunku bankowego, wskazanego przez Ubezpieczającego:	
Data początku okresu ubezpieczenia:	
Data odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia:	

.....  
Data i podpis Ubezpieczającego