

**Dane osobowe do uzupełnienia w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia na podstawie
Ogólnych warunków ubezpieczenia dla klientów Providenta**

Ja niżej podpisany/-a oświadczam, że odstępuję od ubezpieczenia / wypowiadam zawartą na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla klientów Provident Polska.

Prosimy zaznaczyć X przy danym typie ubezpieczenia, którego dotyczy odstąpienie/wypowiedzenie.

- Ogólne warunki ubezpieczenia dla klientów Providenta (pakiety: ProviŻycie, ProviZdrowie, ProviZdrowie Plus, ProviŻyj Zdrowo, ProviŻyj Zdrowo Plus)*

Imię ubezpieczonego

Nazwisko ubezpieczonego

PESEL_____
Numer wnioskopolis

W przypadku złożenia niniejszego oświadczenia w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia jest ono skuteczne jako **odstąpienie od ubezpieczenia (wszystkie pakiety w ramach ubezpieczenia)**. W przypadku odstąpienia od ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej.

W przypadku złożenia niniejszego oświadczenia po upływie 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia jest ono skuteczne jako **wypowiedzenie ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dla klientów Providenta**. W przypadku wypowiedzenia z umowy ubezpieczenia ubezpieczającemu przysługuje zwrot zapłaconej składki ubezpieczeniowej należnej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Provident Polska S.A. przekaże należny zwrot składki ubezpieczeniowej bezpośrednio ubezpieczającemu (Ogólne warunki ubezpieczenia dla klientów Providenta).

Wyrażam chęć otrzymania zwrotu składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej za ubezpieczenie indywidualne – Ogólne warunki ubezpieczenia dla klientów Providenta (UNIQA TUnŻ S.A. lub UNIQA TU S.A. z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51) na podany poniżej numer mojego rachunku bankowego. W przypadku braku podania numeru rachunku bankowego chcę, aby zwrot składki został przekazany mi w sposób, w jaki dokonałem płatności (w gotówce).

Numer rachunku bankowego

SPRAWDŹ POPRAWNOŚĆ WPISANEGO NUMERU RACHUNKU.

D D M M R R R R

Data

Miejscowość_____
Podpis ubezpieczającego

* Podana nazwa odnosi się do produktu ubezpieczeniowego w ofercie Provident Polska S.A.:

Ubezpieczenie indywidualne – Ogólne warunki ubezpieczenia dla klientów Providenta (UNIQA TUnŻ S.A. lub UNIQA TU S.A. z siedzibami w Warszawie przy ul. Chłodnej 51)