Załącznik

OŚWIADCZENIE O WYPOWIEDZENIU UMOWY INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA „MEDIZDROWIE" DLA KLIENTÓW ONEY POLSKA S.A.

Adres, na który należy przesłać wypełnione i podpisane oświadczenie:

Oney Polska S.A.
ul. Ogrodowa 58
00-876 Warszawa

Dane personalne Ubezpieczającego /Ubezpieczonego

Nazwisko

Imię

PESEL

Data urodzenia

Oświadczenia

Niniejszym wypowiadam Indywidualną Umowę Ubezpieczenia „Medizdrowie" dla Klientów Oney Polska S.A.

Oświadczam, że jestem świadomy, że zgodnie z Ogólnymi Warunkami wyżej wymienionego ubezpieczenia, oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia może być złożone w każdym czasie trwaniu Umowy Ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.

W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej Ochrony ubezpieczeniowej.

Zwrot składki proszę dokonać na rachunek bankowy nr:

Miejscowość, data

czytelny podpis Ubezpieczającego

Oświadczenie o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia uprzejmie prosimy przesłać listem poleconym, na adres podany w górnej części niniejszego formularza.

Za datę otrzymania niniejszego oświadczenia uważa się datę wpływu pisma do Agenta.

Zapraszamy ponownie do korzystania z naszych usług.

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., 90-520 Łódź, ul. Gdańska 132, tel. 42 66 66 500 lub 801 597 597, centrala@uniqa.pl, www.uniqa.pl, Sąd Rejonowy dla Łodzi - Śródmieścia w Łodzi, KRS 0000001201, NIP 727-012-63-58, Kapitał zakładowy i wpłacony: 220 308 282 PLN