

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU/WYPOWIEDZENIU OD UMOWY UBEZPIECZENIA URZĄDZEŃ DLA KLIENTÓW MORELE



Polisa Nr

I Dane Ubezpieczającego

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny / komórkowy

Adres e-mail

II Dane przedmiotu ubezpieczenia

Nazwa przedmiotu ubezpieczenia

III Numer konta Klienta¹

Nr konta

IV Oświadczenie

Niniejszym odstępuję/ wypowiadam od Umowy ubezpieczenia urządzeń dla Klientów Morele, zawartej z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie przy Rondzie Ignacego Daszyńskiego 4, 00-843 Warszawa.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego

Miejscowość, data

Podpis za PZU SA

¹Pole niezbędne do dokonania zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.