

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY UBEZPIECZENIA „iSpot CARE - BIZNES”



Polisa Nr _____

I Dane Ubezpieczającego

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy			
_____ PESEL	_____ REGON	_____ NIP	
Adres do korespondencji:			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
_____ Kod pocztowy	_____ Miejscowość		
_____ Telefon stacjonarny / komórkowy		_____ Adres e-mail	

II Dane Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy			
_____ PESEL	_____ REGON	_____ NIP	
Adres do korespondencji:			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
_____ Kod pocztowy	_____ Miejscowość		
_____ Telefon stacjonarny / komórkowy		_____ Adres e-mail	

III Dane Urządzenia

Numer seryjny Urządzenia / Numer IMEI _____

IV Numer konta Klienta¹

Nr konta

V Oświadczenie

Niniejszym odstępuję od Umowy ubezpieczenia „iSpot CARE - BIZNES”, 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
----------------------------	---------------------------

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