

**REZYGNACJA Z UBEZPIECZENIA**

Nazwisko

Imiona

PESEL

**Bank Pocztowy S.A.  
ul. Jagiellońska 17  
85-959 Bydgoszcz**

**Rezygnacja z ubezpieczenia grupowego „Wsparcie dla Bliskich”**

Niniejszym rezygnuję z ubezpieczenia grupowego „Wsparcie dla Bliskich”, oferowanego w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie zawartej pomiędzy ING Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. a Bankiem Pocztowym S.A. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o wszelkich konsekwencjach i kosztach związanych z rezygnacją z ubezpieczenia. Jestem również świadoma/y, że zgodnie ze Szczególnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie „Wsparcie dla Bliskich” nr SWU/BPT1/2013/01/DN lub nr SWU/BPT1/2014/01/DN w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia, Ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony zrezygnował z Ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż z ostatnim dniem miesiąca, za który została opłacona Składka.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczonego

Rezygnację z ubezpieczenia grupowego uprzejmie prosimy przesłać listem poleconym na adres podany w nagłówku. Za datę otrzymania rezygnacji przez ING Życie uznaje się datę wpływu pisma do Banku.

**Zapraszamy ponownie do korzystania z naszych usług**