

## Wypowiedzenie/odstąpienie od umowy ubezpieczenia

na wypadek utraty pracy lub leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczтового S.A.

1. Seria i nr polisy

### Dane Ubezpieczającego

2. Imię/Imiona

4. Data urodzenia

3. Nazwisko

5. PESEL

### Oświadczenia

Oświadczam, że:

6. wypowiadam

7. odstępuję od

umowy ubezpieczenia dla kredytobiorców Banku Poczowego S.A. w zakresie ryzyka utraty pracy lub leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków, zawartej pomiędzy mną a Poczowym Towarzystwem Ubezpieczeń Wzajemnych na zasadach przewidzianych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia utraty pracy lub leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczowego S.A.

Jednocześnie proszę o zwrot składki ubezpieczeniowej na wskazany poniżej numer konta bankowego.

### Właściciel rachunku i numer konta bankowego

8. Imię

9. Nazwisko

10. Numer konta bankowego

11. Miejscowość

12. Data

13. Podpis Ubezpieczającego

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych (PTUW), ul. Rodziny Hiszpańskich 8, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000145607 NIP 113-240-12-45, kapitał zakładowy: 54.500.000 zł, w pełni opłacony.

## Wypowiedzenie/odstąpienie od umowy ubezpieczenia

na życie, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczowego S.A.

14. Seria i nr polisy

### Dane Ubezpieczającego

15. Imię/Imiona

16. Data urodzenia

17. Nazwisko

18. PESEL

### Oświadczenia

Oświadczam, że:

19. wypowiadam

20. odstępuję od

umowy ubezpieczenia dla kredytobiorców Banku Poczowego S.A. w zakresie ryzyka śmierci, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków zawartej pomiędzy mną a Poczowym Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. na zasadach przewidzianych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie, trwałej i całkowitej niezdolności do pracy oraz leczenia szpitalnego następstw nieszczęśliwych wypadków kredytobiorców kredytów i pożyczek hipotecznych Banku Poczowego S.A.

Jednocześnie proszę o zwrot składki ubezpieczeniowej na wskazany poniżej numer konta bankowego.

### Właściciel rachunku i numer konta bankowego

21. Imię

22. Nazwisko

23. Numer konta bankowego

24. Miejscowość

25. Data

26. Podpis Ubezpieczającego

Pocztowe Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (PTUnŻ), ul. Rodziny Hiszpańskich 8, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców KRS prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS pod numerem 0000537026, NIP 521-368-70-70, REGON 360460850, kapitał zakładowy: 30.000.000 zł, w pełni opłacony.