mBank dawny MultiBank

BRE Ubezpieczenia

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UBEZPIECZENIA TWOJE ZDROWIE/MULTIKOMFORT *

dla Posiadaczy kart kredytowych mBanku SA

DANE OSOBOWE

Imię i Nazwisko Posiadacza karty głównej:

nr PESEL/ nr Paszportu:

ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica:

Nr domu / Nr mieszkania

Miejscowość:

Kod pocztowy: -

Nr Karty:

Rezygnuję z ubezpieczenia**:

Twoje Zdrowie ☐ MultiKomfort ☐

Niniejszym oświadczam, że rezygnuję z grupowej umowy ubezpieczenia dla Posiadaczy kart kredytowych Twoje Zdrowie/MultiKomfort * BRE Banku SA zawartej pomiędzy BRE Bankiem SA a BRE Ubezpieczenia Towarzystwem Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.

Data | Podpis Posiadacza Karty głównej

Uwaga:
W przypadku rezygnacji z automatycznego przedłużenia ochrony ubezpieczeniowej na kolejny miesiąc kalendarzowy, ochrona ubezpieczeniowa będzie trwała do końca okresu, za który została zapłacona opłata tytułem ubezpieczenia.

Ponownie przystąpienie do Umowy Ubezpieczenia jest możliwe nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy od dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

DANE DORADCY–PRZEDSTAWICIELA BANKU

Imię i nazwisko:

Oddział:

Data | Podpis przedstawiciela Banku

* - niepotrzebne skreślić
**- właściwe zaznaczyć X

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami. Każda zmiana powinna zostać potwierdzona podpisem.
Niniejszy formularz drukowany jest w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, z których jeden otrzymuje Klient.