



Oświadczenie

Ja/My* niniejszym informuję/informujemy* o moim/naszym* odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

Data zawarcia umowy ubezpieczenia

Numer umowy ubezpieczenia _____

Data

Miejscowość

Podpis konsumenta/-ów

Dane konsumenta/-ów

Imię i nazwisko konsumenta/-ów

Adres konsumenta/-ów

Wypełnia UNIQA

Data wpłynięcia formularza do UNIQA

Kwota składki do zwrotu

Podpis osoby akceptującej

Niniejszy druk należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy.

UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Chłodna 51
00-867 Warszawa
podroze@uniqa.pl

* niepotrzebne skreślić