Miejscowość: ....., Data: ..... r.

UBEZPIECZAJĄCY (KLIENT)

Imię i Nazwisko:

Adres zamieszkania:

PESEL:

ADRESAT PISMA

TUnŻ WARTA S.A.
Skrytka pocztowa 61
Ul. pocztowa 1
41-500 Chorzów 1

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z INDEKSACJI

Odmowa przyjęcia proponowanej indeksacji składki i sumy ubezpieczenia

DOTYCZY UMOWY UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE (NUMER POLISY):

W związku z otrzymaną propozycją indeksacji warunków umowy ubezpieczenia na życie, niniejszym oświadczam, że **rezygnuję z proponowanej indeksacji składki ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia** na kolejny okres polisowy.

Proszę o pozostawienie w tym roku polisy przy dotychczasowych warunkach umowy, tj. bez zmiany wysokości opłacanej składki oraz bez podwyższania sumy ubezpieczenia.

Informacja: Brak zgody na indeksację oznacza, że wysokość opłacanej składki oraz suma ubezpieczenia pozostają na poziomie z dotychczasowego okresu ubezpieczenia.

Czytelny podpis Ubezpieczającego
(podpis klienta)