OŚWIADCZENIE WOLI O WYSTĄPIENIU Z

Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów
lub Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku
– Program Ochronny Utrata Dochodów

Nr Deklaracji zgody	

Dane Klienta:

Imię i nazwisko	PESEL	Adres do korespondencji: kod, miasto, ulica, nr domu	Telefon

1. Oświadczam, że występuję z Umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek Utraty stałych źródeł dochodów lub Inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku – Program Ochronny Utrata Dochodów zawartej pomiędzy TU Europa S.A. a ProEkspert Sp. z o.o.
2. Przyjmuję do wiadomości, że ochrona ubezpieczeniowa wygasa z upływem dnia złożenia niniejszego oświadczenia Ubezpieczającemu, Agentowi lub Ubezpieczycielowi.
3. Jeżeli w ramach jednej Umowy kredytu objętych ochroną ubezpieczeniową jest dwóch Klientów, to oświadczenie woli o wystąpieniu z umowy grupowego ubezpieczenia złożone przez jednego z Ubezpieczonych powoduje zakończenie ochrony wyłącznie w stosunku do tego Ubezpieczonego, który złożył oświadczenie. W takiej sytuacji drugi Ubezpieczony pozostaje objęty ochroną na dotychczasowych warunkach.
4. W przypadku, gdy niniejsze oświadczenie zostało złożone w terminie do 30 dni od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot środków za objęcie ochroną w pełnej wysokości. W sytuacji, gdy niniejsze oświadczenie zostało złożone w terminie po upływie 30 dni od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot środków za niewykorzystany okres ochrony. Zwrotu kosztów ubezpieczenia w pełnej wysokości lub za niewykorzystany okres ochrony Ubezpieczonemu dokona Ubezpieczający.
5. Jednocześnie proszę o zwrot środków za objęcie ochroną za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej:
   ❑ na Rachunek Umowy kredytu, której dotyczy niniejsze oświadczenie woli o wystąpieniu
   albo
   ❑ na poniższy numer rachunku bankowego

Numer rachunku bankowego	
Imię i nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego	
Adres właściciela rachunku bankowego	

_____ _____
(data, miejscowość) *(podpis Ubezpieczonego)*

Wypełnia przyjmujący
Stwierdza się zgodność danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza własnoręczność złożonego podpisu.

_____ _____
Miejscowość i data Podpis i pieczęć przyjmującego Oświadczenie

---

Oświadczenie dla Getin Noble Bank S.A.

W związku z powstałą nadpłatą na Umowie Kredytu nr…….....proszę o zarachowanie nadpłaconej kwoty poprzez:

❑ zmniejszenie wysokości pozostałych do spłaty rat i zachowanie pierwotnego okresu kredytowania,
❑ skrócenie okresu kredytowania i pozostawienie wysokości rat na tym samym poziomie.

UWAGA! W przypadku, gdy składający niniejszą dyspozycję jest jednym z Kredytobiorców, w celu realizacji zwrotu nadpłaconej kwoty, oświadczenie powinno być podpisane przez wszystkich Kredytobiorców.

_____ _____ _____
Miejscowość i data Podpis Kredytobiorcy 1 Podpis Kredytobiorcy 2

Wypełnia przyjmujący
Stwierdza się zgodność danych z okazanym dokumentem tożsamości oraz potwierdza własnoręczność złożonego podpisu.

_____ _____
Miejscowość i data Podpis i pieczęć przyjmującego oświadczenie