

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

1. Imię i nazwisko/nazwa firmy

2. Jestem Ubezpieczonym lub Ubezpieczającym w ERGO Ubezpieczenia Podróży

☐ TAK ☐ NIE

3. Jestem pełnomocnikiem

☐ TAK ☐ NIE

4. Zgadzam się na przesyłanie korespondencji, dotyczącej przedmiotowej sprawy, drogą elektroniczną

☐ TAK ☐ NIE

Adres email

Adres korespondencyjny (tylko w przypadku braku zgody na kontakt drogą elektroniczną)

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica

Numer domu/lokalu

5. Niniejszym rezygnuję z umowy ubezpieczenia i **proszę o zwrot niewykorzystanej części składki** z polisy/rezerwacji nr:

6. Czy z polisy/rezerwacji rezygnuję wszyscy ubezpieczeni?

☐ TAK ☐ NIE

W przypadku rezygnacji części uczestników wymagane jest podanie imion i nazwisk osób rezygnujących:

7. Załączam:

- ☐ **kopię polisy lub potwierdzenie rezerwacji z certyfikatem ubezpieczenia***
- ☐ **potwierdzenie anulowania rezerwacji (w przypadku podróży wykupionej w biurze podróży)***
- ☐ inne dokumenty (np. komunikat touroperatora/przewoźnika)

8. Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami przetwarzania moich danych osobowych przez administratora:

ERGO Reiseversicherung AG z siedzibą w Monachium działającą przez Oddział w Polsce, Al. Grunwaldzka 413, 80-309 Gdańsk, dostępnymi w dokumencie Polityka Prywatności pod adresem: www.ergo-ubezpieceniapodrozy.pl/polityka- Prywatnosci/.

W celu uzyskania wszelkich informacji w przedmiocie przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych pod adresem e-mail: iod@ergo-ubezpieceniapodrozy.pl

9. Wypełniony wniosek wraz z załącznikami prosimy wysłać na: **zwrotskladki@ergo-ubezpieceniapodrozy.pl**

.....
imię i nazwisko

.....
data złożenia wniosku

.....
czytelny podpis