



ODSTOUPENÍ OD POJIŠTĚNÍ

Jméno zákazníka:	Číslo smlouvy:
Adresa trvalého pobytu:	

Oznamuji, že tímto odstupuji od pojištění uzavřeného v souvislosti se sjednáním shora uvedené Smlouvy o spotřebitelském úvěru; tj. od pojištění v Pojistném programu s MetLife Europe d. a. c., pobočka pro Českou republiku, IČO: 03926206, dle Skupinové pojistné smlouvy č. 400.026, nebo č. 400.023, a případně, pokud bylo sjednáno společně, od pojištění uzavřeného v rámci Pojistného programu s INTER PARTNER ASSISTANCE, organizační složka, IČO: 28225616, dle Skupinové pojistné smlouvy č. 10786/86359.

Datum: **Podpis zákazníka:**

Dokument odstoupení od pojištění zašlete prosím na:

e-mailovou adresu: zakaznický.servis@provident.cz

nebo

Korespondenční adresu:

Provident Financial, s.r.o.

Masarykova 26-30

602 00 Brno – Střed