



ODSTOUPENÍ OD POJIŠTĚNÍ

Jméno zákazníka:

Číslo smlouvy:

Adresa trvalého pobytu:

Oznamuji, že tímto odstupuji od pojištění uzavřeného na základě Skupinové pojistné smlouvě č. 400.023 ze dne 8. 2. 2019, kterou Provident Financial s.r.o., se sídlem Olbrachtova 2006/9, Krč, 140 00 Praha 4, IČO: 2562135, sjednal jako pojistník s MetLife Europe d.a.c., irská společnost s reg. č. 415123, se sídlem 20 on Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2, Irsko, podnikající v ČR prostřednictvím MetLife Europe d.a.c., pobočka pro Českou republiku, IČO: 03926206, zapsanou v OR vedeném MS v Praze pod sp. zn. A77032, se sídlem Purkyňova 2121/3, 110 00 Praha 1.

Datum: **Podpis zákazníka:**

Datum přijetí:

Jméno a podpis Administrativa: