

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

1. Imię i nazwisko/Nazwa firmy

2. Adres korespondencyjny

Miejscowość Kod pocztowy Ulica

Numer domu/lokalu

3. Adres email

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

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

6. Załączam kopię polisy lub potwierdzenie anulowania rezerwacji podróży (załączniki są obowiązkowe).

7. 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- Prywatności/.

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

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

Imię i nazwisko

data złożenia wniosku

czytelny podpis