

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI z ubezpieczenia Posiadacza karty kredytowej

www.pocztowy.pl
informacja@pocztowy.pl
tel. 52 34 99 499
infolinia 801 100 500*



Oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia Posiadacza karty kredytowej

Dane Posiadacza karty:

Nazwisko

Imię

PESEL

Numer Umowy o kartę kredytową

Niniejszym rezygnuję z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach Umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Posiadaczy karty kredytowej Nr 9957.

Niniejsze oświadczenie proszę przesłać na poniższy adres:

Bank Pocztowy S.A.
Wydział Obsługi Kart Bankowych
ul. Jagiellońska 17,
85-959 Bydgoszcz

Data

Miejscowość

Podpis **Ubezpieczonego**

Wypełnić piśmem drukowanym - kolorem czarnym lub niebieskim