

# 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:

Imię	
Nazwisko	
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 <b>Ubezpieczonego</b>	

Wypełnić piśmem drukowanym - kolorem czarnym lub niebieskim - znakiem X zaznaczyć właściwe pole