

Odstąpienie od umowy ubezpieczenia

Seria i nr polisy:			
Dane Ubezpieczającego			
Nazwisko			
Pierwsze imię			
Drugie imię			
Data urodzenia			
PESEL		Telefon kontaktowy	

Oświadczam, że odstępuję od umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą numer
Jednocześnie proszę o zwrot składki ubezpieczeniowej na wskazany poniżej numer konta bankowego:

Ubezpieczający

Właściciel rachunku:

Numer konta bankowego:

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis Ubezpieczającego

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis Przedstawiciela Agenta

Stempel adresowy Placówki Agenta
