

Data, miejscowość

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i Nazwisko Ubezpieczającego

PESEL Ubezpieczającego

Adres Ubezpieczającego

Numer polisy

WYPOWIEDZENIE

INFORMUJĘ, ŻE WYPOWIADAM POLISĘ (zaznacz właściwe)

z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia

z końcem okresu ubezpieczenia

W przypadku nadpłaconej składki proszę o zwrot na wskazany numer rachunku bankowego:

Numer rachunku bankowego

Podpis Ubezpieczającego