



Deklaracja Rezygnacji z Ubezpieczenia

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	Nr polisy	<input type="text"/>
B	Dane osoby rezygnującej	
	Imiona, nazwisko	<input type="text"/>
	Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania	<input type="text"/>
	Kod	<input type="text"/>
	Miejscowość	<input type="text"/>
	Pesel/Data urodzenia	<input type="text"/>
	Seria i nr dowodu osobistego	<input type="text"/>
C	Oświadczenia	
	Oświadczam, iż rezygnuję z dalszej ochrony ubezpieczeniowej w ramach ww. polisy. Zostałem/am poinformowany/a, iż wystąpienie z umowy ubezpieczenia nastąpi z końcem okresu ubezpieczenia, za który opłacono ostatnią należną składkę. Ponadto, zostałem poinformowany, iż składka z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym TU INTER-ŻYCIE Polska S.A. ponosiła odpowiedzialność nie podlega zwrotowi.	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Miejscowość, data	Podpis rezygnującego
	Potwierdzam zgodność danych w Oświadczeniu o rezygnacji ze stanem faktycznym	<input type="text"/>
		Podpis rezygnującego