



## Wniosek o odstąpienie od umowy ubezpieczenia

Polisa nr \_\_\_\_\_

### Ubezpieczający/Właściciel polisy (osoba opłacająca składkę)

Nazwisko \_\_\_\_\_  
Imię \_\_\_\_\_  
PESEL \_\_\_\_\_ Dokument tożsamości Seria/Nr \_\_\_\_\_  
Tel. komórkowy \_\_\_\_\_ Adres e-mail \_\_\_\_\_

### Dane dotyczące wypłaty

Imię i nazwisko  
właściciela rachunku  
bankowego \_\_\_\_\_

Nr rachunku \_\_\_\_\_

Adres właściciela  
rachunku bankowego \_\_\_\_\_

### Dane dodatkowe do wypłat w obcej walucie:

Nazwa Banku \_\_\_\_\_  
Adres Banku \_\_\_\_\_  
Kod BIC (SWIFT) \_\_\_\_\_ Waluta \_\_\_\_\_

### Informacje dotyczące odstąpienia od umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający/Właściciel polisy może odstąpić od Umowy w terminie 30 dni.
2. Wypłata zostanie zrealizowana zgodnie z terminami wskazanymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Ubezpieczający/ Właściciel polisy

Imię i nazwisko (czytelny podpis)

Podpis

Data \_\_\_\_\_