



## Deklaracja Rezygnacji z Ubezpieczenia

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

<b>A</b>	Nr polisy	<input type="text"/>
<b>B</b>	<b>Dane osoby rezygnującej</b>	
	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"/>
<b>C</b>	<b>Oświadczenia</b>	
	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