



Deklaracja Rezygnacji z Ubezpieczenia

PROSIMY O WYPEŁNIENIE DANYCH DRUKOWANYMI LITERAMI

A	Nr polisy 	
B	Dane osoby rezygnującej Imiona, nazwisko Adres Ulica/Nr domu/Nr mieszkania Kod Mięscowość Pesel/Data urodzenia Seria i nr dowodu osobistego	
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. Mięscowość, data Podpis rezygnującego	