

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY UBEZPIECZENIA „MOJA KARTA Z OCHRONĄ PZU”



Polisa Nr

I Dane Ubezpieczającego

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny / komórkowy

Adres e-mail

II Dane Ubezpiezonego

Imię i Nazwisko

PESEL

Adres do korespondencji:

Ulica

Nr domu

Nr lokalu

-

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon stacjonarny / komórkowy

Adres e-mail

V Oświadczenie

Niniejszym odstępuję od Umowy ubezpieczenia „PZU – ochrona karty ING Plus”, zawartej z Powszechnym Zakładem Ubezpieczeń Spółką Akcyjną z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 24,

00-133 Warszawa.

Miejscowość, data

Podpis Ubezpieczającego

Miejscowość, data

Podpis za PZU SA