

.....
imię i nazwisko

.....
data, miejscowość

.....
ulica, nr domu, nr lokalu

.....
kod pocztowy, miasto

.....
nr telefonu, adres e-mail

.....
PESEL

TUZ TUW
Departament Obsługi Klienta
ul. Bokserska 66
02-690 Warszawa

WNIOSEK O ODSZTĄPIENIE / WYPOWIEDZENIE* UMOWY UBEZPIECZENIA

Dotyczy: Seria i numer polisy:

Okres ubezpieczenia:

Zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia „BEZPIECZNA NAUKA” informuję, że*:

- Odstępuję od ww. umowy ubezpieczenia.
- Wypowiadam ww. umowę ubezpieczenia, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

Zwrot składki proszę przekazać na*:

- powyżej wskazany adres
- rachunek bankowy:
nr rachunku (26 cyfr):
dane właściciela rachunku:

.....
data i własnoręczny podpis

W załączeniu przekazuję:

-

Wybierz dogodną drogę przesłania wniosku:

- korespondencyjnie na wskazany powyżej adres pocztowy (pamiętaj o zachowaniu potwierdzenia nadania)
- za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres skrzynki e-mail wypowiedzenia@tuz.pl

* właściwe zaznaczyć