

....., dnia 201... r.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a

Imię i nazwisko

zamieszkały/a w

adres

oświadczam, iż z dniem rezygnuję z obejmowania mnie

Ubezpieczeniem przez,

zawartym w dniu i potwierdzonym Polisą nr

z dnia

.....

podpis