

OŚWIADCZENIE O ODSTĄPIENIU OD UMOWY UBEZPIECZENIA ASSISTANCE „ALLEOPONA”



Polisa Nr

I Dane Ubezpieczającego

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy			
PESEL	REGON	NIP	
Adres do korespondencji:			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość		
Telefon stacjonarny / komórkowy		Adres e-mail	

II Dane Ubezpieczonego

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy			
PESEL	REGON	NIP	
Adres do korespondencji:			
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Kod pocztowy	Miejscowość		
Telefon stacjonarny / komórkowy		Adres e-mail	

III Dane pojazdu

Numer rejestracyjny pojazdu	
-----------------------------	----------------------

IV Numer konta Klienta¹

Nr konta

V Oświadczenie

Niniejszym odstępuję od Umowy ubezpieczenia assistance „Alleopona”, 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

1 Pole niezbędne do dokonania zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.