



CONCORDIA

UBEZPIECZENIA

GRUPA GENERALI

Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia na życie

WTUŻiR Concordia Capital SA

ul. S. Małachowskiego 10, 61-129 Poznań

Data, miejscowość

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i nazwisko Ubezpieczającego

PESEL Ubezpieczającego

Adres Ubezpieczającego

Numer polisy

WYPOWIEDZENIE

INFORMUJĘ, ŻE WYPOWIADAM POLISĘ (prawidłowe zaznacz):

z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia

z końcem okresu ubezpieczenia

W przypadku nadpłaconej składki proszę o zwrot na wskazany numer rachunku bankowego:

Numer rachunku bankowego

Podpis Ubezpieczającego