

# Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia na życie



POLSKIE STOWARZYSZENIE  
UBEZPIECZONYCH

Data i miejscowość

## UBEZPIECZONY

Imię i nazwisko Ubezpieczonego

Pesel Ubezpieczonego

Adres Ubezpieczonego

Numer polisy / wariantu

## WYPOWIEDZENIE

INFORMUJĘ, ŻE WYPOWIADAM UMOWĘ UBEZPIECZENIA

z końcem bieżącego miesiąca, w którym obowiązuje Ubezpieczenie\*

Tym samym rezygnuję z członkostwa w Polskim Stowarzyszeniu Ubezpieczonych EGIDA.

Oświadczam, że zobowiązuje się uregulować wszystkie należne składki.

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

Data i miejscowość

Podpis Ubezpieczonego

POLSKIE STOWARZYSZENIE UBEZPIECZONYCH „EGIDA”  
Marynin 25B/47, 01-469 Warszawa  
tel. 570 070 631, 570 070 651  
biuro@egidastowarzyszenie.pl, www.egidastowarzyszenie.pl  
KRS: 0000513782, NIP: 5223017448, REGON: 147326041

Podpis i pieczęćka przyjmującego

\* Ubezpieczenie obowiązuje przez cały okres miesiąca kalendarzowego.