

**ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA DOBROWOLNEGO (AC, NNW, ASS)\***  
w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

.....  
Data i miejsce

.....  
nazwa ubezpieczyciela

### **ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA**

Niniejszym pismem odstępuję od umowy ubezpieczenia (AC / NNW / Assistance)\* zawartej w waszym Zakładzie Ubezpieczeń, potwierdzone polisą seria ..... nr .....

Okres ubezpieczenia od ..... do .....

Proszę o zwrot niewykorzystanej części składki na konto

.....  
Nr konta klienta

lub kompensatę zobowiązań w waszym Zakładzie Ubezpieczeń, jeśli tokowe istnieją.

.....  
Czytelny podpis właściciela

\*- niepotrzebne skreślić