

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Numer PESEL

MACIF Życie TUW  
UL. BEMA 89  
01-233 WARSZAWA

Rezygnacja dotyczy polisy \_\_\_\_\_ o numerze: \_\_\_\_\_  
Nazwa ubezpieczenia  
zawartej w dniu \_\_\_\_\_  
Data zawarcia umowy ubezpieczenia

Oświadczam że (prosimy o zaznaczenie odpowiednich pól):

- rezygnuję z przedłużenia umowy na kolejny okres roczny,
- wypowiadam umowę z zachowaniem okresu wypowiedzenia,
- rezygnuję z umowy dodatkowej (jakiej?):
  - Śmierć lub trwałe i całkowite inwalidztwo w wyniku NW
  - Poważne zachorowanie
  - Pobyt w szpitalu w wyniku NW
  - Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku NW
  - Trwała i całkowita niezdolność do pracy

Niniejszym oświadczam, iż jestem świadomy, że okres wypowiedzenia umowy wynosi 2 miesiące, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia, czego konsekwencją jest wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego.

W związku z faktem, iż w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki ubezpieczeniowej za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, jako właściwy do zwrotu składki wskazuję następujący rachunek bankowy:

1. Numer rachunku: \_\_\_\_\_

2. Dane posiadacza rachunku bankowego:

1) imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

2) adres: \_\_\_\_\_

Data: D D M M R R R R	Miejscowość:	▼ Czytelny podpis Ubezpieczającego ▼
--------------------------	--------------	--------------------------------------