

Wypowiedzenie umowy / Odstąpienie od umowy ubezpieczenia
Ubezpieczenie medyczne dla cudzoziemców

Numer polisy ub.:
Nazwa ubezpieczającego:
Początek okresu ub.:
Koniec okresu ub.:
Data opłacenia polisy ub.:
Wysokość składki ub.:

Ja, niżej podpisany, rezygnuję/odstępuję od umowy ubezpieczenia dla cudzoziemców, którą zawarłem:

..... Podpis ubezpieczającego
