

## WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Ja, niżej podpisany, \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko Ubezpieczającego

wypowiadam umowę ubezpieczenia o numerze:

Numer polisy: \_\_\_\_\_

z dniem \_\_\_\_\_ .

\_\_/\_\_/\_\_\_\_ .....

Data i miejscowość

.....

Czytelny podpis Ubezpieczającego

**Po wypełnieniu prosimy przesać niniejszy formularz na adres:**

Prévoir Vie - Groupe Prévoir S.A.- Oddział w Polsce  
Ul. Emilii Plater 28  
00-688 Warszawa

Tel. (22) 572 80 00  
Fax: (22) 349 96 29  
prevoir@prevoir.pl  
www.prevoir.pl