Adresát:

Pojišťovna

Ulice

Město

PSČ

Žádost o zrušení kreditní karty

Žádám o zrušení níže uvedené kreditní karty.

Identifikace rušené kreditní karty:

Číslo smlouvy:

Jméno a příjmení:

Titul:

Rodné číslo / Datum narození:

Ulice:

Město:

PSČ:

Případný zůstatek převeďte

1. na bankovní účet číslo:
2. na adresu:

Telefonní číslo:

V ……………………………… dne………………………

Podpis: