

Odwołanie zgody na obciążanie rachunku _____ *

Dotyczy: polisy/wniosku/certyfikatu/deklaracji** nr _____

Dane wierzyciela:

Nazwa i adres wierzyciela TU ALLIANZ ŻYCIE POLSKA S.A., UL. RODZINY HISZPAŃSKICH 1, 02-685 WARSZAWA

Identyfikator wierzyciela NIP 5 2 7 1 7 5 4 0 7 3

Dane Klienta

Imię (imiona)/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL _____ NIP*** _____

Adres zameldowania/siedziby firmy

Ulica _____

Nr domu _____ Nr lokalu _____ Miejscowość _____

Kod pocztowy _____ - Poczta _____ Kraj _____

Niniejszym odwołuję zgodę na obciążanie wskazanego poniżej rachunku bankowego w drodze polecenia zapłaty, kwotami wynikającymi z moich zobowiązań wobec ww. wierzyciela.

Bank/Oddział prowadzący rachunek Klienta _____

Numer rachunku Klienta

_____Typ podmiotu**** osoba fizyczna nie wykonująca działalności gospodarczej pozostaliIdentyfikator płatności A Z P _____ *_____
Data _____ Miejscowość _____ Podpis Klienta – posiadacza rachunku bankowego,
zgodny z kartą wzorów podpisów złożoną w banku

* Pole wypełnia Allianz.

** Niepotrzebne skreślić.

*** W przypadku osób fizycznych numer NIP wymagany jest jedynie od osób prowadzących działalność gospodarczą lub będących zarejestrowanymi podatnikami podatku od towarów i usług.

**** Prosimy zaznaczyć właściwy status.