

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko / nazwa)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon / e-mail)

.....
(nr sprawy / szkody)

.....
.....
.....
(nazwa Zakładu Ubezpieczeń)

ODWOŁANIE OD DECYZJI

Nie akceptuję decyzji o odmowie wypłaty. Proszę o ponowne przeanalizowanie mojej sprawy oraz o dokonanie wypłaty. Uzasadnienie:

.....
.....
.....
.....
.....

Załączam dokumenty:

.....

.....
(czytelny podpis składającego oświadczenie)

