BNP PARIBAS CARDIF

WNIOSEK O ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie "Plan wsparcia w chorobie"

Instrukcja postępowania:

1. W rubryce "Rodzaj wniosku" należy zaznaczyć odpowiednie pole. Odstąpienie możliwe jest terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia można złożyć w każdym czasie.
2. Wypełniony wniosek należy przesłać na adres:

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa

Jeżeli potrzebują Państwo pomocy w wypełnieniu formularza lub maja jakiekolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9.00 do 17.00 pod numerem telefonu +48 22 529 17 96.

Rodzaj wniosku

☐ odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

☐ wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

Dane ubezpieczeniowe

Numer polisy	

Dane Ubezpieczającego

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Rodzaj dokumentu tożsamości	
Nr dokumentu tożsamości	

Adres korespondencyjny

Miejscowość		Nr budynku	
Kod pocztowy		Nr lokalu	
Ulica			

Dane kontaktowe

Telefon	
E-mail	

Numer rachunku bankowego do zwrotu składki

☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐

....

Data Czytelny podpis Ubezpieczającego