



## **WNIOSEK O ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### 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 przesałać 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 mają jakiegokolwiek pytania prosimy o kontakt. Pozostajemy do Państwa dyspozycji w dni robocze od godziny 9.00 do 17.00.

### Rodzaj wniosku

- odstąpienie od Umowy ubezpieczenia  
 wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

### Dane ubezpieczeniowe

Numer polisy

### Dane Ubezpieczającego

Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>
PESEL	<input type="text"/>
Rodzaj dokumentu tożsamości	<input type="text"/>
Nr dokumentu tożsamości	<input type="text"/>

### Adres korespondencyjny

Miejscowość	<input type="text"/>	Nr budynku	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Nr lokalu	<input type="text"/>
Ulica	<input type="text"/>		

### Dane kontaktowe

Telefon	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>

### Numer rachunku bankowego do zwrotu składki

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

.....  
Data

.....  
Czytelny podpis Ubezpieczającego