



WNIOSEK O ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczenie "Plan na zdrowie"

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 przestać pod adres email: obsługa@cardif.pl lub pocztą pod adres

Cardif - Assurances Risques Divers S.A. Oddział w Polsce, ul. Grzybowska 78, 00-844 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 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

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

.....
Data

.....
Czytelny podpis Ubezpieczającego