

# WNIOSEK O ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE, NIEPRZEDŁUŻANIE UMOWY UBEZPIECZENIA DLA KLIENTÓW VELOBANK S.A.

## Instrukcja postępowania:

1. W rubryce "Rodzaj wniosku" należy zaznaczyć odpowiednie pole.
2. Wypełniony wniosek należy przesać pod adres email: [obsługa@cardif.pl](mailto:obsługa@cardif.pl) lub pod adres:

Cardif, Dział Obsługi Klienta, 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 18 74.

## Rodzaj wniosku

- odstąpienie od Umowy ubezpieczenia (możliwe jest terminie 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia)
- wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia (można złożyć w każdym czasie)
- nieprzedłużenie Umowy ubezpieczenia (można złożyć najpóźniej na 30 dni przed upływem bieżącego Roku polisowego)

## Dane ubezpieczeniowe

Numer polisy	
--------------	--

## Dane Ubezpieczającego

Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Rodzaj dokumentu tożsamości	
Nr dokumentu tożsamości	

## Adres korespondencyjny

Miejscowość		Numer budynku	
Kod pocztowy		Numer 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