

WNIOSEK O ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

NUMER POLISY:

UBEZPIECZAJĄCY (płatnik składek / właściciel polisy) proszę wpisać dane

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____

Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____ Data urodzenia: _____

E-mail: _____ Obywatelstwo: _____ Nr dowodu osobistego/ paszportu: _____

UBEZPIECZONY (osoba objęta ochroną) proszę wpisać dane

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____ Data urodzenia: _____


UBEZPIECZONY (współmałżonek) proszę wpisać dane tylko i wyłącznie w przypadku wariantu współmałżeńskiego

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Telefon stacjonarny: _____ Telefon komórkowy: _____ Data urodzenia: _____

OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, iż odstępuję od umowy ubezpieczenia o w/w numerze polisy ubezpieczeniowej.
- Oświadczam, iż zapoznałem się z informacjami dotyczącymi przetwarzania ochrony danych osobowych podanych na stronie internetowej www.4lifedirect.pl



PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO



PODPIS UBEZPIECZONEGO



PODPIS WSPÓŁMAŁŻONKA



Dzisiejsza data