

FORMULARZ ODSTĄPIENIA OD UMOWY UBEZPIECZENIA

Niniejszy druk należy wypełnić i odesłać tylko w przypadku chęci odstąpienia od umowy

na e-mail:

bok@4lifedirect.pl

lub adres:

**4Life Direct Sp. z o.o.
ul. Senatorska 18
00-082 Warszawa**

OŚWIADCZENIE UBEZPIECZAJĄCEGO

Niniejszym odstępuję od umowy ubezpieczenia zawartej na odległość:

Numer polisy: _____ Data zawarcia umowy ubezpieczenia: _____

Imię i nazwisko: _____ Data urodzenia: _____

Adres: _____ Numer telefonu: _____

Nr rachunku bankowego do zwrotu składki: _____



PODPIS UBEZPIECZAJĄCEGO

DZISIEJSZA DATA

POLE DOBROWOLNE

Szanowny Kliencie,

bardzo nam przykro, że decydujesz się odstąpić od umowy ubezpieczenia. Prosimy Cię o wpisanie poniżej informacji jaki jest Twój powód odstąpienia od umowy. Każda informacja jest dla nas ważna – motywuje i pozwala poprawiać jakość naszych usług.
