

WNIOSEK O ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA UBEZPIECZENIE KREDYTOBIORCÓW CPI

Numer Umowy
kredytu/ubezpieczenia

1. Wypełniony formularz prosimy przesać na adres email: obsługa@cardif.pl lub pocztą na adres: BNP Paribas Cardif, ul. Grzybowska 78, 00-844 Warszawa
 2. Odstąpienie możliwe jest w terminie 7 dni (gdy Ubezpieczający jest Przedsiębiorcą) lub 30 dni od Dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.
- Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia można złożyć w każdym czasie.

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO

Imię i Nazwisko/ Nazwa firmy*

PESEL / NIP*

Ulica, nr budynku i lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

E-mail

Telefon

ZWROT SKŁADKI

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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Miejscowość

Data

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

* należy uzupełnić, gdy Ubezpieczającym jest Przedsiębiorca