

## 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. Chmielna 132/134  
00-805 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.

---

---

---

---

---

---

---

---