Polisy

skandia
VIENNA INSURANCE GROUP

Skandia Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
z siedzibą w Warszawie
ul. Cybernetyki 7, 02-677 Warszawa
Centrala tel.: +48 22 460 22 22
fax: +48 22 332 17 55
Infolinia: 801 888 000
www.skandia.pl

Formularz – odstąpienie od Umowy

Formularz ten ma zastosowanie tylko w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia, dokonanego w terminie 30 dni (a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni) od dnia doręczenia Polisy.

1. Dane Ubezpieczonego

Nazwisko | Imię

PESEL | Telefon

Adres zameldowania Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

Adres korespondencyjny (jeżeli jest inny niż adres zameldowania) Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

2. Oświadczenie Ubezpieczającego

1. Oświadczam, iż odstępuję od umowy ubezpieczenia zawartej w dniu R R R R M M D D
2. Do niniejszego wniosku załączam Polisę (oryginał, duplikat lub oświadczenie o niemożności doręczenia dokumentu wraz z podaniem przyczyny)
3. Proszę o realizację wypłaty w formie: ☐ przelewu na poniższy rachunek bankowy: ☐ przekazu na poniższy adres:

Nazwisko | Imię

Nazwa banku

Nr rachunku

Adres Kraj

Ulica | Nr domu | Nr mieszkania

Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta

R R R R M M D D
Data | Miejscowość | Podpis Ubezpieczającego (zgodny z wzorem na wniosku o zawarcie Umowy)

Regon: 016003836; NIP: 951 19 33 418
Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS 0000056463.
Wysokość kapitału zakładowego: 82.000.000,00 PLN. Wysokość kapitału wpłaconego: 82.000.000,00 PLN.