

Potwierdzenie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia <nazwa produktu>

Placówka: <numer>
Doradca: <numer PROFILE>
Data wypowiedzenia <data>

NR POLISY:	
Data zawarcia Umowy ubezpieczenia:	

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:

Imię i nazwisko:	
Seria i nr dokumentu tożsamości:	
PESEL:	

Niniejszym oświadczam, iż z dniem <data wypowiedzenia> wypowiadam Umowę ubezpieczenia zawartą pomiędzy mną, a CALI Europe S.A., Oddział w Polsce na podstawie OWU <nazwa OWU>.

Przyjmuję do wiadomości, iż ochrona ubezpieczeniowa tymczasowa i właściwa z tytułu Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym <nazwa produktu> kończy się z dniem złożenia przeze mnie niniejszego wniosku oraz, że z dniem wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia wygasają wszelkie roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia lub zgonu Ubezpieczonego.

Proszę o przekazanie składki wyliczonej zgodnie z OWU wraz z Warunkami Finansowymi - Regulaminem UFK <nazwa produktu>, na poniższy rachunek bankowy:

Nazwa Banku	<nazwa banku>
Numer rachunku	< nr NRB>
Dane właściciela rachunku bankowego:	
Imię i nazwisko	<Imię i nazwisko>

Podpis Ubezpieczającego

Potwierdzam przyjęcie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

Data, podpis i pieczęć Przedstawiciela Ubezpieczyciela

W celu uzyskania informacji dotyczących ubezpieczeń CALI Europe S.A. Oddział w Polsce, prosimy o kontakt bezpośrednio z Placówką Credit Agricole Bank Polska S.A.

CALI Europe S.A. Oddział w Polsce z siedzibą we Wrocławiu, ul. Tęczowa 11, lok. 13, 53-601 Wrocław

CALI Europe Société Anonyme (Spółka Akcyjna) z siedzibą w Luksemburgu, wpisana do rejestru handlowych spółek w Luksemburgu pod numerem B 75007, o kapitale zakładowym wynoszącym 127 311 135,72 Euro, Oddział w Polsce wpisany do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Fabrycznej we Wrocławiu, VI Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000282193, NIP 107-00-07-692, Regon 140999430.