CRÉDIT AGRICOLE UBEZPIECZENIA

Potwierdzenie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia <nazwa produktu>

Oddział: < numer>
Doradca: <numer PROFILE>
Data odstąpienia : <DD-MM-RRRR>

NR POLISY	
Data zawarcia umowy ubezpieczenia:	

DANE UBEZPIECZAJĄCEGO:

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

Niniejszym oświadczam, iż z dniem <data odstąpienia> odstępuję od Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy mną, a Credit Agricole Life Insurance Europe S.A. Oddział w Polsce na podstawie OWU <nazwa i kod 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 odstąpienia od 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>

Jeśli przed datą odstąpienia od umowy Ubezpieczenia, Ubezpieczający nie zapłacił składki to wskutek odstąpienia zostaje anulowane zobowiązanie do jej zapłaty.

Podpis Ubezpieczającego

Potwierdzam przyjęcie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia.

Data, podpis i pieczęć Przedstawiciela Ubezpieczyciela

UWAGA WAŻNE INFORMACJE DOTYCZĄCE UBEZPIECZENIA

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