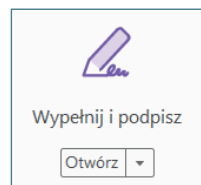


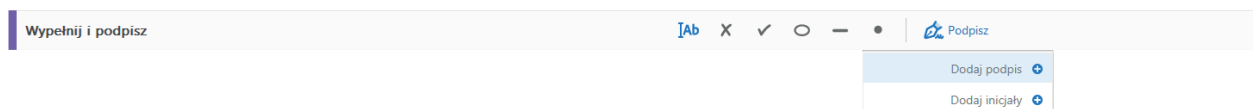


Instrukcje dotyczące wypełniania i podpisywania formularzy PDF

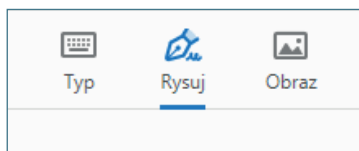
- 1 Otwórz formularz PDF w programie Adobe Acrobat Reader.
- 2 Wybierz opcję -> Wypełnij i podpisz.



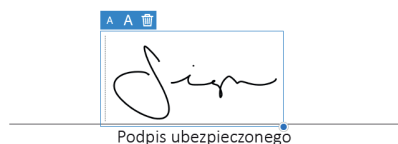
- 3 Po otwarciu narzędzia, uzupełnij tekst w polach z niebieskim tłem. W polach wyboru zaznacz właściwe odpowiedzi. Tylko w przypadku wybrania opcji "inne" będziesz mógł podać szczegóły.
- 4 Po uzupełnieniu wszystkich pól oprócz podpisu, kliknij "Zarejestruj" i "Dodaj podpis" na pasku nad dokumentem.



- 5 Po kliknięciu, będziesz mógł otworzyć okno z opcjami podpisu, wybierz "Rysuj" i zarejestruj.



- 6 Następnie umieść swój podpis.



- 7 Zapisz dokument, wyślij go na adres info@defendinsurance.pl, a my się z Tobą skontaktujemy najszybciej jak to możliwe.





Szczegóły umowy ubezpieczenia

Numer polisy:
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy ubezpieczającego:
Pesel / NIP:
Telefon / Email:
Adres do korespondencji:
Numer rachunku bankowego:

Oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia

Wybrać – oświadczenie oraz metodę zwrotu składki.

<input type="checkbox"/>	Oświadczam, że odstępuję od umowy ubezpieczenia.
--------------------------	--

Podstawa odstąpienia od umowy ubezpieczenia

Jeżeli okres ubezpieczenia wynosi co najmniej 6 miesięcy – ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w ciągu 30 dni, a gdy jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

Pouczenie

Skorzystanie z prawa odstąpienia od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym świadczona była ochrona ubezpieczeniowa.

Sposób zwrotu składki

<input type="checkbox"/>	Przelew
<input type="checkbox"/>	Zwrot do Dealera
<input type="checkbox"/>	Inny*:

Wypełniony i podpisany formularz wraz z kopią dokumentu stanowiącego podstawę do rozwiązania umowy proszę przesać na adres e-mail: info@defendinsurance.pl, lub pocztą na adres: DEFEND INSURANCE Sp. z o.o., ul. Ligocka 103, 40-568 Katowice.
W razie wątpliwości prosimy o kontakt z Administratorem pod numerem +48 32 797 10 41

.....dnia

Podpis ubezpieczającego