

## FORMULARIO DE DESISTIMIENTO

(Sólo debe cumplimentar y enviar el presente formulario si desea desistir de la compra realizada)

**A LA ATENCIÓN DE:**

**ANDALBROK CORREDURÍA DE SEGUROS C.I.F:** B-41.573.197 Calle Progreso 7, 41013 Sevilla- España.

**Teléfono:** 91 828 34 44

**Correo electrónico:** comunicacion@andalbrok.es

**Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de la póliza.**

**Nº DE PÓLIZA**

**NOMBRE Y APELLIDOS:**

**NIF:**

**TELÉFONO:**

**EMAIL:**

**FECHA CONTRATACIÓN:**

**Firma del Consumidor:**

**En**

**a**

**de**

**de**

**Debe remitir el presente formulario a Andalbrot Correduría de Seguros en un plazo máximo de 14 días desde la contratación de la póliza.**