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

A LA ATENCIÖN DE:
ANDALBROK CORREDURÏA DE SEGUROS C.I.F: B-41.573.197
Calle Progreso 7, 41013 Sevilla- España
Teléfono: 91 828 34 44
Correo electrónico: comunicación@andalbrok.es

Por la presente le comunico que desisto de mi contrato de la póliza de hospitalización por contagio de Covid19

NOMBRE Y APELLIDOS:

NIF: TELÉFONO:

EMAIL: FECHA CONTRATACIÓN:

Firma del Consumidor:

En a de de

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