

STANDARDFORTRYDELSESFOMULAR

safeAway Rejseforsikring

Til:
safeAway Rejseforsikring A/S
Hammerensgade 4
1267 København K
E-mail: kontakt@safeaway.dk

Jeg meddeler herved, at jeg ønsker at gøre fortrydelsesretten gældende i forbindelse med min købsaftale om rejseforsikring.

Produkt (navn + policenummer):	
Forsikringen blev tegnet den (dato):	
Årsag til fortrudt køb:	
Dato og navn:	
Din adresse:	

Formularen sendes til safeAway på kontakt@safeaway.dk. Den skal være os i hænde senest 14 dage efter køb – dvs. inden for fortrydelsesfristen. Herefter krediteres beløbet hurtigst muligt.

Bemærk venligst at du kun kan fortryde køb af forsikringer der gælder over en måned.