

Remita este formulario cumplimentado por correo postal a SEGUROS OCASO c/Princesa 23, 28008, Madrid o bien por email a: contratacion@ocaso.es adjuntando fotocopia/imagen de su DNI por ambas caras indicando como asunto:

“EJERCICIO DEL DERECHO DE DESISTIMIENTO”

Datos personales

Nombre y apellidos: D/D^a.

N.I.F. - C.I.F.:

Dirección:

Código Postal:

Ciudad:

Teléfono de Contacto:

Por medio del presente documento ejercito el derecho de desistimiento de acuerdo a lo establecido en el artículo 97.1.i) del Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios (Real Decreto legislativo 1/2007, de 16 de noviembre), respecto al contrato de seguro suscrito con OCASO S.A., COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS a través de la póliza número _____, celebrado el día _____ de _____ de 20_____

Declaro que ejercito la resolución que les comunico dentro del plazo legal previsto en la normativa aplicable.

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Fdo: D./D^a .: