

Wniosek o rozwiązanie umowy ubezpieczenia dobrowolnego za porozumieniem stron

_____/_____
Miejscowość i data

Imię i Nazwisko

Ulica

Kod pocztowy, miejscowość

Marka, typ i numer rejestracyjny pojazdu

Numer polisy OC oraz nazwa zakładu ubezpieczeń

Okres ubezpieczenia

WNIOSEK

Oświadczam, iż wyrażam wolę rezygnacji z umowy ubezpieczenia dobrowolnego potwierdzonej w/w polisą. W związku z tym faktem wnoszę o rozwiązanie przedmiotowej umowy w drodze porozumienia stron, a tym samym także od windykacji kolejnych składek z polisy.

Czytelny podpis składającego wypowiedzenie