

.....
nazwa zakładu ubezpieczeń

....., dnia / / r.

Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych

.....
imię i nazwisko ubezpieczonego/ PESEL/NIP/REGON

.....
adres

.....
numer polisy pojazdu/ numer polisy gospodarstwa

.....
numer rejestracyjny i marka pojazdu

ZAZNACZ I UZUPEŁNIJ TYLKO JEDNO Z OŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że wypowiadam umowę ubezpieczenia z ostatnim dniem okresu, na jaki została zawarta.
art. 28 ust. 1 na koniec okresu ubezpieczenia, OC posiadaczy pojazdów mechanicznych
art. 46 ust. 1 na koniec okresu ubezpieczenia, OC rolnika
art. 62 ust. 1 na koniec okresu ubezpieczenia, budynki rolnicze

Oświadczam, że wypowiadam z dniem, umowę ubezpieczenia w firmie
ponieważ zawarłem na okres od dnia do dnia ubezpieczenie na mój pojazd
w firmie W przypadku gdy przysługuje mi zwrot składki, proszę o przekazanie
jej na następujący nr rachunku:

art. 28a ust. 1 (podwójne ubezpieczenie, OC posiadaczy pojazdów mechanicznych)
art. 46a ust. 1 (podwójne ubezpieczenie, OC rolnika)
art. 62a ust. 1 (podwójne ubezpieczenie, budynki rolnicze)

Oświadczam, że wypowiadam umowę ubezpieczenia z dniem.....

art. 31 ust. 1 (zmiana posiadacza, OC posiadaczy pojazdów mechanicznych)
 art. 47 ust. 2 (zmiana posiadacza, OC rolnika)
 art. 63 ust. 1 (zmiana posiadacza, budynki rolnicze)

.....
podpis Klienta

¹ Oświadczam, że zgodnie a art. 27 ustawy z dnia 30 maja 2014r. o prawach konsumenta (Dz. U. 2014r. poz. 827) odstępuje od umowy.

² Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze
Ubezpieczycieli Komunikacyjnych

³ Na podstawie artykułu 7 i 17 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z
orzeczaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE żądam stałego wstrzymania przetwarzania oraz
usunięcia moich danych osobowych i wnoszę sprzeciw wobec przetwarzania moich danych osobowych w celach marketingowych (w tym marketingu własnego) oraz wobec
orzeczania tych danych innemu administratorowi danych

Potwierdzenie przyjęcia oświadczenia przez Agenta

.....
Data przyjęcia dokumentu

.....
Podpis, pieczęć Agenta,

Informujemy, że twoja umowa zostanie zakończona z dniem podanym w treści oświadczenia a jeśli ta data nie zostanie
wpisana, z datą przyjęcia dokumentu

MULTIAGENCJA UBEZPIECZENIOWA ANMAR MARIUSZ JASKROS

<http://www.anmar-ubezpieczenia.pl> | TEL. 607 301 734/ 664 112 868

RADOM - SŁOWACKIEGO 97 - TEL. 48 364 77 19

GRÓJEC - KOZIETULSKIEGO PAW. 1C - TEL. 48 389 35 89

WARKA - POLNA 20 - TEL. 48 389 38 51

WARSZAWA- UMIŃSKIEGO 16E- TEL. 22 613 66 37

PIONKI - JANA PAWŁA II 17 - TEL. 48 381 83 66

IŁŻA- PLAC 11 LISTOPADA 4- TEL. 48 389 03 61