…………......................, dnia .......................

…...........................................................................................

imię nazwisko/ nazwa Właściciela pojazdu

…...........................................................................................

ulica, numer domu/lokalu

…...........................................................................................

kod pocztowy i miejscowość

…...........................................................................................

PESEL/REGON

…...........................................................................................

e-mail, telefon

**Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia OC**

**nazwa Towarzystwa Ubezpieczeniowego** …..................................................

**seria i numer polisy** .........................................................................................

**nr rejestracyjny pojazdu** **/ marka**…..................................................................

**okres ubezpieczenia** …....................................................................................

Zgodnie z postanowieniami ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych z dnia 22 maja 2003 r. ( z późniejszymi zmianami) wypowiadam umowę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych zgodnie z artykułem:

* **art. 28** – tj. z ostatnim dniem okresu na jaki została zawarta (zaznacz, jeśli nie chcesz, aby polisa przedłużyła się na kolejne 12 miesięcy)
* **art. 28a** – tj. wypowiedzenie umowy odnowionej w celu uniknięcia podwójnego ubezpieczenia; posiadam polisę ubezpieczenia mojego pojazdu w firmie …........................................... na okres od ….........................do …........................
* **art. 31** – tj. jako nabywca wypowiadam umowę zawartą przez zbywcę; datą rozwiązania umowy jest data złożenia wypowiedzenia.

………………………………………

podpis właściciela pojazdu

……………………………………………….

data i podpis osoby przyjmującej