



.....  
Imię i nazwisko / nazwa firmy

.....  
Data wypełnienia dokumentu

.....  
Ulica, nr domu / nr lokalu

.....  
Kod pocztowy i miejscowość

### WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA OC

.....  
Numer polisy OC

.....  
Numer rejestracyjny

### ZAZNACZ I UZUPEŁNIJ TYLKO JEDNO Z OŚWIADCZEŃ

Oświadczam, że wypowiadam umowę ubezpieczenia z ostatnim dniem okresu, na jaki została zawarta. (żeby moja polisa nie przedłużyła się na kolejny okres ubezpieczenia – podstawa prawna: art. 28 ustawy\*)

Oświadczam, że wypowiadam z dniem\*\* ..... umowę ubezpieczenia w z Insurance Joint-Stock Company DallBogg: Life& Health AD NIP: 200299615 Adres: 1, G.M. Dimitrov Blvd.1172 Sofia, Bulgaria, ponieważ zawarłem/-am na okres od dnia ..... do dnia ..... ubezpieczenie na mój pojazd w zakładzie ubezpieczeń: .....

.....  
W przypadku gdy przysługuje mi zwrot składki, proszę o przekazanie jej na następujący numer rachunku .....  
(zaznacz i uzupełnij jeśli masz podwójne ubezpieczenie OC – podstawa prawna art. 28a ustawy\*, dotyczy tylko umowy wznowionej z mocy ustawy)

Oświadczam, że wypowiadam umowę ubezpieczenia z dniem\*\* ..... (zaznacz i uzupełnij jeżeli kupiłeś/-aś samochód z ubezpieczeniem – podstawa prawna: art. 31 ustawy\*, umowę wypowiedzieć może jedynie nabywca pojazdu)

Informuję, że na podstawie art. 40 ust. 2 Ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta (Dz. U. 2014 poz. 827) odstępuję od umowy ubezpieczenia (nr polisy): ..... zawartej na odległość dnia .....

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

\*\* W przypadku nie określenia dnia, z którym ma nastąpić wypowiedzenie przyjmowany jest dzień wpływu wypowiedzenia do UNEXT.

.....  
podpis Klienta

Centrala JSC DallBogg: Life and Health

One G.M.Dimitrov Blvd.

1172 Sofia, Bulgaria

tel.: +48 22 493 77 00 www.dallbogg.pl