

# **Wniosek o rozwiązanie umowy ubezpieczenia dobrowolnego za porozumieniem stron**

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
data

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko

\_\_\_\_\_  
Ulica

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy, miejscowość

\_\_\_\_\_  
Numer polisy

\_\_\_\_\_  
Nazwa zakładu ubezpieczeń

\_\_\_\_\_  
Zakres ubezpieczenia z polisy

\_\_\_\_\_  
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