



.....  
(miejsowość, data)

## ZAWIADOMIENIE O ROZWIĄZANIU UMOWY UBEZPIECZENIA

Ja niżej podpisany/a (imię i nazwisko) .....

zamieszkały/a w (pełny adres) .....

legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i nr) .....

wydany przez .....

PESEL .....

na podstawie art. 33 pkt 9 ustawy z dnia 22 maja 2013r. o ubezpieczeniach obowiązkowych  
zawiadamiam o zezłomowaniu/demontażu pojazdu:

(marka) .....

(model) .....

Nr rej.: .....

Nr VIN: .....

ubezpieczonego obowiązkowym ubezpieczeniem w .....

na podstawie umowy nr: .....

na okres od ..... do .....

Na dowód czego załączam ksero/skan zaświadczenia o demontażu pojazdu.

Jednocześnie wnoszę o dokonanie zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

.....  
(czytelny podpis)

Załącznik:

- kopia/skan zaświadczenia o demontażu pojazdów