



Pośrednictwo  
Ubezpieczeniowe  
Błaszczyk

.....  
Imię nazwisko / Adres Firmy

.....  
Adres

.....  
Nr telefonu, adres e-mail

.....  
Marka, model, numer rejestracyjny pojazdu

.....  
Okres ubezpieczenia

.....  
Numer polisy

.....  
Dane Zakładu Ubezpieczeń

## WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA OC

Zgodnie z art. 28 ust. 1 Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. z 2003 r. Nr 124 poz.1152 z późn. zm.) wypowiadam umowę ubezpieczenia, dotyczącą ww. pojazdu, zawartą dnia

.....

.....  
data

.....  
czytelny podpis



Posrednictwo Ubezpieczeniowe Błaszczyk  
NIP: 5941397794 REGON:080368568

Adres biura:

65-454 Zielona Góra  
ul. Sikorskiego 6/8

tel. 68 458 18 20-21  
fax. 68 458 18 25

[www.pub.zgora.pl](http://www.pub.zgora.pl)