OŚWIADCZENIE WOLI O ODSTĄPIENIU OD UMOWY UBEZPIECZENIA / WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA NA PODSTAWIE OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA „DOMOWY SPOKÓJ”

Seria i numer polisy:	…..
Data przystąpienia do ubezpieczenia:	DD-MM-RRRR

UBEZPIECZAJĄCY

Imię i Nazwisko	
Numer PESEL	
Adres zamieszkania	

UBEZPIECZONY

Imię i Nazwisko właściciela nieruchomości	
Numer PESEL właściciela nieruchomości	
Adres zamieszkania właściciela nieruchomości	
Imię i Nazwisko współwłaściciela nieruchomości	
Numer PESEL współwłaściciela nieruchomości	
Adres zamieszkania współwłaściciela nieruchomości	
Imię i Nazwisko współwłaściciela nieruchomości	
Numer PESEL współwłaściciela nieruchomości	
Adres zamieszkania współwłaściciela nieruchomości	

Oświadczam, że z dniem |__|__|–|__|__|–|__|__|__|__|

- ❑ **odstępuję od Umowy ubezpieczenia** zawartej w ramach *Ogólnych warunków ubezpieczenia „Domowy spokój”* TU Europa S.A. (odstąpienie od Umowy ubezpieczenia)

  Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z *Ogólnymi warunkami ubezpieczenia „Domowy spokój”* niniejsze odstąpienie jest skuteczne z dniem złożenia owego odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

- ❑ **wypowiadam Umowę ubezpieczenia (rezygnuję z ochrony ubezpieczeniowej)** w ramach *Ogólnych warunków ubezpieczenia „Domowy spokój”* TU Europa S.A. (wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia)

  Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z *Ogólnymi warunkami ubezpieczenia „Domowy spokój”* niniejsza rezygnacja jest skuteczna z ostatnim dniem Miesiąca ubezpieczeniowego, w którym zostało złożone oświadczenie woli o rezygnacji z ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż z dniem następującym po dniu złożenia owego wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

- ❑ **rezygnuję z automatycznej kontynuacji okresu ubezpieczenia** w ramach *Ogólnych warunków ubezpieczenia „Domowy spokój”* TU Europa S.A.

  Przyjmuję do wiadomości, że zgodnie z *Ogólnymi warunkami ubezpieczenia „Domowy spokój”* Umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona na kolejny 12-miesięczny okres ubezpieczenia (automatyczna kontynuacja), a Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem bieżącego okresu ubezpieczenia.

Jednocześnie proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej na poniższy rachunek bankowy:

Numer rachunku bankowego	
Imię i nazwisko/ nazwa właściciela rachunku bankowego	
Adres właściciela rachunku bankowego	

(data, miejscowość)	*(podpis Ubezpieczającego)*