

.....
miejsowość, data

.....
imię, nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
nr polisy (jeśli wystawiono)

.....
adres zamieszkania

.....
nr telefonu do kontaktu lub adres e-mail

**Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń
Ergo Hestia S.A.**

za pośrednictwem:

Lewczuk sp. z o.o.

ul. Brzoskwiniowa 1, 20-142 Lublin

biuro@lewczuk.biz

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA OC lekarzy/lekarzy dentystów

Na podstawie art. 812 § 4 Kodeksu cywilnego* oświadczam, że odstępuję od umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lekarzy zawartej w dniu za pośrednictwem Brokera Lewczuk sp. z o.o.

Wnoszę o zwrot opłaconej składki na numer rachunku bankowego

.....
(podpis)

*Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.