



data i miejscowość

nazwa zakładu ubezpieczeń

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Imię i nazwisko/Nazwa firmy _____

Adres _____

Nr rej. _____ Marka/model _____

PESEL _____ NIP _____

Proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej z umowy ubezpieczenia OC/AC/NNW/ASS z polisy nr _____

Proszę o przekazanie zwrotu niewykorzystanej składki:

- Na konto nr _____
- Przekazem pocztowym na adres _____

W załączeniu:

- umowa kupna-sprzedaży,
- decyzja o wyrejestrowaniu pojazdu,
- inne _____

miejscowość, data, podpis ubezpieczającego