

.....
Miejscowość i data

.....
Nazwa Towarzystwa Ubezpieczeniowego

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

Nazwisko i imię / Nazwa Firmy

Adres

Proszę o zwrot składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia z umowy
potwierdzonej polisą numer dotyczącą pojazdu:

Nr rej Marka

Nr VIN

Proszę o przekazanie zwrotu:

1. Na rachunek bankowy:

.....

2. Przekazem pocztowym na adres:

.....

.....
Data

.....
Podpis przyjmującego

.....
Czytelny podpis wnioskodawcy