

NAZWA TOWARZYSTWA UBEZPIECZEŃ:

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

Imię i nazwisko / Nazwa firmy :

Adres :

PESEL /os. fizyczne/, REGON /os. prawne/: **Nr telefonu:**

Przedmiot ubezpieczenia: / pojazd marka, nr rej.....

.....

Proszę o zwrot części składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia z polisy nr

DODATKOWE INFORMACJE:

1. Należną kwotę niewykorzystanej składki proszę wypłacić w następującej formie:

Przelewem na konto nr

w banku

przekazem pocztowym na adres

2. Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty:

oryginał polisy nr

wypowiedzenie umowy OC nabywcy

umowa kupna-sprzedaży

inne:.....

*właściwe okienko zaznaczyć krzyżykiem

.....
data i podpis Klienta

.....
data i podpis, pieczętka przyjmującego wniosek
i stwierdzającego wiarygodność podpisu

.....
seria i nr dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)