

.....
Imię i nazwisko/nazwa firmy

.....
Miejscowość i data

.....
Adres

.....
Adres e-mail

.....
Nr telefonu

.....
Nazwa zakładu ubezpieczeń

.....
Adres zakładu ubezpieczeń

Wniosek o zwrot składki ubezpieczeniowej

.....
Numer rejestracyjny i marka pojazdu;

.....
Numer i seria polisy ubezpieczeniowej

Zwracam się z prośbą o zwrot składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia ww. umowy ubezpieczenia OC/AC/NNW/Assistance/ *

Proszę o dokonanie zwrotu składki przelewem na wskazany poniżej rachunek bankowy:

.....
Numer rachunku

.....
Nazwa banku

.....
Właściciel rachunku

W załączeniu przesyłam:

- umowę kupna-sprzedaży/decyzję o wyrejestrowaniu pojazdu**

-

-

.....
Czytelny podpis ubezpieczającego

* *niepotrzebne skreślić lub wpisać ryzyka, których dotyczy zwrot składki*

** *niepotrzebne skreślić*