

.....
miejsowość i data

.....
nazwa zakładu ubezpieczeń

.....
Adres

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

Nazwisko i imię/Nazwa firmy.....

Adres.....

Nr rej..... marka.....nr VIN.....

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki z umowy ubezpieczenia OC/AC/ z polisy
seria.....nr.....po sprzedaży/ wyrejestrowaniu w/w pojazdu

Proszę o przekazanie niewykorzystanej składki:

1.

Na konto nr.....

2.

Przekazem pocztowym na adres.....

W załączeniu:

Umowa kupna-sprzedaży/decyzja o wyrejestrowaniu pojazdu/ inne.

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data wpływu
podpis przyjmującego