

.....
Miejscowość i data

.....
Nazwa zakładu ubezpieczeń

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Imię i Nazwisko /Nazwa firmy

Adres.....

Pojazd..... nr rej.....nr vin.....

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki z polisy nrz tytułu
sprzedaży / wypowiedzenia umowy / wyrejestrowania w/w pojazdu.

1. Na konto nr.....

2. Przekazem pocztowym na adres.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy



20 TOWARZYSTW
UBEZPIECZENIOWYCH
w jednym miejscu

☎ **575-215-515**

ul. B.Chrobrego 11, Siedlce