

.....
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 nr z tytułu
sprzedaży / wypowiedzenia/ wyrejestrowania w/w pojazdu.

1. Na konto nr

2. Przekazem pocztowym na adres

Czytelny podpis wnioskodawcy