
(imię i nazwisko / nazwa firmy)

_____, dnia _____
(miejsowość)

(adres zamieszkania / adres firmy)

(PESEL / REGON)

(nazwa zakładu ubezpieczeń)

Wniosek o zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia

W związku ze zmianą własności/wyrejestrowaniem pojazdu marki _____
o numerze rejestracyjnym/VIN _____ proszę o zwrot składki
za niewykorzystany okres ubezpieczenia, potwierdzonego polisą numer _____

Zwrot składki proszę dokonać:

- na rachunek bankowy numer: _____
- przekazem pocztowym na adres: _____

(czytelny podpis Wnioskodawcy)