

Imię i nazwisko / Nazwa firmy :

Miejscowość, data

Kod pocztowy, miejscowość

Ulica, numer domu

Pesel/Regon/NIP

Dane osoby zawierającej umowę ubezpieczenia

Nazwa Ubezpieczyciela

Kod pocztowy, miejscowość

Ulica, numer domu

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

POLISA NUMER -

PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA -

W związku z niewykorzystaniem całego okresu ubezpieczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, proszę o zwrot należnej części składki.

Należna kwotę składki proszę wypłacić w następującej formie :

Na rachunek bankowy :

Przekazem na adres :

Załączniki :

Czytelny podpis Ubezpieczającego

Podpis osoby zawierającej umowę