

Miejscowość, dnia \_\_\_\_\_

DO:

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko

\_\_\_\_\_  
ulica

\_\_\_\_\_  
kod pocztowy, miejscowość

\_\_\_\_\_  
nr polisy

## WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI ZA NIEWYKORZYSTANY OKRES UBEZPIECZENIA

Proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia:

Rodzaj ubezpieczenia	Seria i numer polisy	okres ubezpieczenia	
		od	do

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Byłem (byłam) właścicielem / osobą działającą w imieniu właściciela\*) pojazdu marki ..... o numerze rejestracyjnym .....
2. Do dnia złożenia wniosku w ..... nie wypłaciło i nie jest zobowiązane do wypłacenia odszkodowania z tytułu ww. umowy ubezpieczenia.
3. Zwrot składki proszę przesłać: przekazem pocztowym na mój adres / przelewem na moje konto bankowe\*):.....  
.....

\_\_\_\_\_  
Podpis składającego  
oświadczenie

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć  
przyjmującego wniosek

\*)niepotrzebne skreślić

