……
miejscowość i data

……
nazwa zakładu ubezpieczeń

……
adres

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Nazwisko i imię/Nazwa firmy…….

Adres……

Nr rej……

marka……..

nr VIN……..

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki z umowy ubezpieczenia OC/AC/NNW/ASS

z polisy nr……..

po sprzedaży/ wyrejestrowaniu w/w pojazdu

w dniu…….

Proszę o przekazanie niewykorzystanej składki:

1. Na konto nr

2. Przekazem pocztowym na adres……..

……

……
czytelny podpis wnioskodawcy