

DO TOWARZYSTWA UBEZPIECZENIOWEGO: .....

## WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

Imię i nazwisko / Nazwa firmy : .....

Adres : .....

PESEL /os. fizyczne/, REGON /os. prawne/: ..... Nr telefonu: .....

Przedmiot ubezpieczenia: / pojazd marka, nr rej.....

Proszę o zwrot części składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia z polisy nr .....

dotyczącej ubezpieczenia: AC/NW  OC/NW

Z powodu: .....

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w czasie trwania umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą o nr jw. nie wystąpiło zdarzenie, w związku z którym w/w Towarzystwo ubezpieczeniowe wypłaciło lub jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania/ świadczenia (realizacji świadczenia).

#### Dodatkowe informacje:

1. Należną kwotę niewykorzystanej składki proszę wypłacić w następującej formie:

przelewem na konto nr .....  
w Banku .....

przekazem pocztowym na adres .....

2. Do niniejszego wniosku załączam następujące dokumenty:

- oryginał polisy nr .....
- wypowiedzenie umowy OC nabywcy
- umowa kupna-sprzedaży
- .....

*\*właściwe okienko zaznaczyć krzyżykiem*

.....  
data i podpis KLIENTA

.....  
data i podpis, pieczęć przyjmującego wniosek  
i stwierdzającego wiarygodność podpisu

.....  
seria i nr dokumentu tożsamości (dowód osobisty/paszport)

