

Data

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Nazwisko i imię/Nazwa

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:

na konto nr

w załączeniu:

Umowa kupna-sprzedaży/decyzja o wyrejestrowaniu pojazdu/ inne.

.....

.....

czytelny podpis wnioskodawcy

www.ubezpieczeniarusin.pl

tel. 514 514 322

514 514 699