……………………..........…………….

Miejscowość, dnia

…………………………………………………...

Nazwa Zakładu Ubezpieczeń

**WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ**

W związku ze sprzedażą/wyrejestrowaniem pojazdu w dniu: ………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………

Marka/Model:

……………………………………………………………………………………………………………….…

Nr. Rejestracyjny:

………………………………………………………………………………………………….…………..…

Nr. VIN:

………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko i imię/ Nazwa Firmy:

…………………………………………………………………………….…………………………………..

Adres:

………………………………………………………………………………………………………………….……

Numer NIP/REGON/PESEL

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

Seria i numer polisy:

…………………………………………………………………………………………………………...…..

Proszę o przekazanie niewykorzystanej składki:

Na numer konta bankowego:

…………………………………………………………………………………………………….

Z poważaniem

Załącznik:

1. Umowa kupna-sprzedaży lub umowa darowizny lub faktura/rachunek / decyzja o wyrejestrowaniu pojazdu/inne