……………………..........…………….

Miejscowość, dnia

…………………………………………………...

Nazwa Zakładu Ubezpieczeń

**WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ**

W związku z: ……………………………………………………………………………………………….

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

Nazwisko i imię/ Nazwa Firmy:

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

Adres:

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

Numer NIP/REGON/PESEL

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki z umowy ubezpieczenia ……………………………… 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/ inne