

Wniosek o zwrot składki

Dotyczy: polis/y nr _____

Właściciel polisy

Imię/nazwa firmy _____

Nazwisko/nazwa firmy cd. _____

PESEL/ REGON _____

Adres korespondencyjny

Ulica _____

Nr domu / Nr lokalu _____ / _____

Kod pocztowy/ Poczta _____

Miejscowość _____

Proszę o zwrot składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia, przelewem na rachunek bankowy

[illegible]

Właściciel konta: _____

Miejscowość i data

Czytelny podpis