

.....
miejsowość, data

.....
Imię i nazwisko/ nazwa

.....
adres

.....
nazwa towarzystwa

Wniosek o zwrot składki

W związku ze sprzedażą pojazdu marki nr rej.
proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia AC, NW, Assistance, numer
polisy

Zwrotu proszę dokonać na mój rachunek nr

.....
podpis nabywcy pojazdu

Załączniki:

Umowa sprzedaży pojazdu (ksero)

sempre
ubezpieczenia

ul. Nakielska 241, 85-391 Bydgoszcz
52 379 91 91, 667 68 65 64