



Wniosek o zwrot składki

Dotyczy polisy numer

Imię i nazwisko / nazwa firmy

Numer PESEL

Numer REGON

Adres

Numer telefonu, adres e-mail

Proszę o zwrot składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

Forma wypłaty:

przelew na rachunek bankowy

Bank/Oddział

Właściciel rachunku

Numer rachunku

przeniesienie na polisę

Numer polisy

Numer wniosku

Tytułem

data i miejscowość

czytelny podpis

