

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Imię i Nazwisko / Nazwa firmy

PESEL / NIP.....Adres.....

Pojazd..... nr rej.....nr vin.....

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki z polisy nr z tytułu
sprzedaży / wypowiedzenia umowy / wyrejestrowania * w/w pojazdu w dniu.....

- na rachunek bankowy nr

- przekazem pocztowym na adres *

* - niepotrzebne skreślić

.....
(podpis)

Expert Ubezpieczenia

ul. Mikołowska 38, 41-400 Mysłowice

NIP: 2220799911 REGON: 243397897

E-mail: kontakt@u-expert.pl

tel.: (32) 494 30 50 , **fax:** (32) 739 08 06

tel. kom.: 792 002 117 , **tel. kom.:** 792 002 153

WWW: www.u-expert.pl