NordUnion

_____
data i miejscowość

_____
nazwa zakładu ubezpieczeń

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Imię i nazwisko/Nazwa firmy _____

Adres _____

Nr rej _____ Marka/model _____

PESEL _____ NIP _____

Proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej z umowy ubezpieczenia OC/AC/NNW/ASS z polisy nr _____

Proszę o przekazanie zwrotu niewykorzystanej składki:

☐ Na konto nr _____

☐ Przekazem pocztowym na adres _____

W załączeniu:

☐ umowa kupna-sprzedaży,

☐ decyzja o wyrejestrowaniu pojazdu,

☐ inne _____

_____
miejscowość, data, podpis ubezpieczającego