

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres)

.....
(numer polisy)

.....
(Towarzystwo Ubezpieczeniowe)

ZWROT

Proszę o zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z powodu demontażu pojazdu marki o nr rejestracyjnym
w dniu

Przekazem pocztowym na adres

.....
 Na konto nr

.....
(czytelny podpis)