



41-400 Mysłowice, ul. Świerczyny 54
tel: 507 664 382 www.damar.auto.pl

.....
miejsowość i data
.....
nazwa zakładu ubezpieczeń
.....
adres

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Nazwisko i imię / Nazwa firmy.....
Adres
Nr rejmarkanr vin.....

Proszę o zwrot niewykorzystanej składki z umowy ubezpieczenia OC/AC/NNW/ASS z polisy seria.....nrpo sprzedaży/ wyrejestrowaniu w/w pojazdu w dniu

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w okresie trwania umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą seria..... nr nazwa zakładu ubezpieczeń.....do dnia sprzedaży/wyrejestrowania pojazdu nie wystąpił zdarzenie, w związku z którym wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania.
W przypadku jeżeli zostanie mi udowodnione, że powyższe oświadczenie jest niezgodne z prawdą zobowiązuję się do zwrotu wypłaconej kwoty za niewykorzystany okres ubezpieczenia wraz odsetkami.

Proszę o przekazanie niewykorzystanej składki:
1.
Na konto nr.....
2.
Przekazem pocztowym na adres.....
3.
Odbiorę osobiście.....

W załączniku:
Umowa kupna-sprzedaży/decyzja o wyrejestrowaniu pojazdu/ inne.
.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy