

PODANIE O ZWROT SKŁADKI



DANE UBEZPIECZONEGO

Imię:

Nazwisko:

Adres:

DANE WŁAŚCICIELA KONTA

Imię i nazwisko:

Numer konta:

Telefon:

PODANIE O ZWROT SKŁADKI

Zwracam się z prośbą o zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia z umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem Ubezpieczeń

Oświadczam, że w okresie od dnia / początku ochrony ubezpieczeniowej / do dnia / sprzedaży / kradzieży / nie miało miejsca żadne zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową wynikającą z polisy nr..... .

W związku z tym nie będę występował z żadnym roszczeniem do ubezpieczyciela, a wszystkie ewentualne roszczenia osób trzecich zobowiązuję się uregulować osobiście.

.....
(data, miejscowość)

.....
(czytelny podpis ubezpieczonego)

Pieczęć i podpis agenta

AMA Consulting Sp. z o.o.
ul. Cypryjska 2G, 02-761 Warszawa
tel. +48 742 10 75

