Wniosek o zwrot składki

Numer Certyfikatu Ubezpieczenia _____

Właściciel polisy

Imię i nazwisko / nazwa _____

Adres (ulica, nr) _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

PESEL/ NIP | | | | | | | | | | | / | | | - | | | - | | | - | | |

Telefon _____ E-MAIL _____

Proszę o zwrot składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

Dane do przelewu

Właściciel konta _____

Numer konta bankowego | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

UWAGA: Do wniosku dołącz kopię polisy wraz z dokumentem potwierdzającym sprzedaż/zbycie/utratę pojazdu.

Dokumenty prześlij do Administratora:

Autoprotect Polska Sp. z o. o
ul. Kosmatki 68
03-982 Warszawa
tel. +48 22 856 80 40
biuro@autoprotect.com.pl

_____ _____

Miejscowość i data

Czytelny podpis Ubezpieczonego