



ALEKSANDRÓW ŁÓDZKI

ul. Senatorska 2, 95-070 Aleksandrów Łódzki
tel. 42 712 08 04, 506 294 838
aleksandrow@ubezpieczenia-lodz.pl

ŁÓDŹ

al. J. Piłsudskiego 35, 90-307 Łódź
tel. 42 67 67 002, 503 139 112
patronat@ubezpieczenia-lodz.pl

STRYKÓW

ul. Warszawska 56, 95-010 Stryków
tel. 42 719 90 23, 502 836 937
strykow@ubezpieczenia-lodz.pl

Miejscowość, data: _____

Towarzystwo Ubezpieczeń: _____

Imię i nazwisko / Nazwa: _____

Ulica, numer: _____

Kod pocztowy, miejscowość: _____

PESEL / REGON: _____

Telefon: _____ E-mail: _____

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI

Zwracam się z prośbą o zwrot części składki z tytułu niewykorzystanego okresu ubezpieczenia lub błędnie naliczonej składki z powodu:

FORMA ZWROTU SKŁADKI:

☐ Przelewem na rachunek bankowy nr: _____

☐ Przekazem pocztowym na adres: _____

NUMER POLISY: _____

RODZAJ UBEZPIECZENIA: _____

OKRES UBEZPIECZENIA: _____

MARKA POJAZDU, NUMER REJESTRACYJNY [dla ubezpieczeń komunikacyjnych] : _____

ADRES UBEZPIECZENIA MIENIA [dla ubezpieczeń majątkowych] : _____

Oświadczam, że jestem Ubezpieczającym uprawnionym do odbioru zwrotu składki.

Oświadczam, że w czasie trwania umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą o nr j.w. nie wystąpiło zdarzenie, w związku z którym Towarzystwo Ubezpieczeniowe wypłaciło lub jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania / świadczenia. W przypadku, jeżeli zostanie mi udowodnione, że powyższe oświadczenie jest niezgodne z prawdą, zobowiązuję się do zwrotu wypłaconej kwoty za niewykorzystany okres ubezpieczenia wraz z odsetkami.

Pouczenie: do wniosku należy dołączyć dokument przeniesienia własności przedmiotu ubezpieczenia. Dla ubezpieczeń obowiązkowych OC zwrot jest uzależniony od złożenia wypowiedzenia polisy przez nabywcę przedmiotu.

(czytelny podpis posiadacza pojazdu)