

.....
miejsowość i data

Gefion Insurance A/S
Przedstawiciel w Polsce
Polins Sp. z o. o.
E-mail: wnioski@polins.pl lub
info@polins.pl

WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

Nazwisko i imię/Nazwa firmy.....

Adres.....

Nr rej..... marka.....nr vin.....

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w okresie trwania umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą
seria.....nr.....do dnia sprzedaży/wyrejestrowania pojazdu nie wystąpiło
zdarzenie, w związku z którym
nazwa zakładu ubezpieczeń

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 z odsetkami.

Proszę o przekazanie niewykorzystanej składki:

1. Na konto nr.....

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

.....
seria i nr dowodu tożsamości

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

.....
data wpływu

.....
podpis przyjmującego