

imię i nazwisko/nazwa firmy

miejsowość, data

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

adres: ulica, nr domu/lokalu

nazwa zakładu ubezpieczeń

adres: kod, miejscowość

PROŚBA O ZWROT SKŁADKI

W związku ze *sprzedażą/złomowaniem w dniu _____ pojazdu _____
osobowy/ciężarowy

marki _____
marka/model o numerach rejestracyjnych _____

ubezpieczonego w zakresie *odpowiedzialności cywilnej / auto-casco / nnw / ass / szyby

wg polisy nr _____, zwracam się z prośbą o zwrot składki za niewykorzystany
okres ubezpieczenia.

Oświadczam, że do dnia sprzedaży w/w pojazdu nie spowodowałem szkody, za którą Towarzystwo
Ubezpieczeniowe byłoby zobowiązane do wypłaty odszkodowania.

Nr konta: _____

* niepotrzebne skreślić

_____ podpis



UBEZPIECZENIA
REJESTRACJA POJAZDÓW • TŁUMACZENIA

Raba Wyżna 40 (1 piętro)
tel. 724 158 600, 795 182 400
e-mail: biuro.lapka@gmail.com

Czarny Dunajec, ul. Kmiotowicza 13 A
tel. 880 258 900, 18 26 722 94
e-mail: biuro.lapka.cd@gmail.com

Rabka-Zdrój, ul. Piłsudskiego 1 (Manhattan)
tel. 881 385 300
e-mail: biuro.lapka.r@gmail.com

www.ubezpieczenialapka.pl

Rejestracja pojazdów
tel. 735 226 100