

Warszawa, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko/ Nazwa firmy

.....  
Kod pocztowy, miejscowość

.....  
Ulica, nr domu, lokalu

**Do:**

.....  
.....  
.....

**WNIOSEK O ZWROT SKŁADKI ZA NIETYKORZYSTANY OKRES UBEZPIECZENIA**

Proszę o zwrot składki za nietykorzystany okres ubezpieczenia:

	Rodzaj ubezpieczenia	Seria i numer polisy	Okres ubezpieczenia	
			Od	Do
1.				
2.				
3.				

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Byłam/byłam\* właścicielem/osobą działającą w imieniu właściciela\* pojazdu marki ..... o numerze rejestracyjnym .....
2. Do dnia złożenia wniosku STU Ergo Hestia SA nie wypłaciło i nie jest zobowiązane do wypłacenia odszkodowania z tytułu ww. umowy ubezpieczenia.
3. Zwrot składki proszę przesłać przekazem pocztowym na mój adres/przelewem na moje konto bankowe\*.  
- nazwa banku: .....  
- numer konta bankowego: .....

.....  
Podpis składającego oświadczenie

.....  
Podpis i pieczęć otrzymującego wniosek