

miejsowość, data.....

imię nazwisko.....

adres.....

kontakt.....

Towarzystwo Ubezpieczeń.....

Towarzystwo Ubezpieczeń c.d.....

## WNIOSEK O ROZWIĄZANIE POLISY I ZWROT SKŁADKI

W związku ze **\*sprzedażą Przedmiotu Ubezpieczenia / \*zakończeniem prowadzenia działalności** (\*niepotrzebne skreślić) **proszę o rozwiązanie Polisy wraz ze wszystkimi ryzykami, oraz o zwrot niewykorzystanej składki.**

Zwrot proszę zrealizować: **\*przelewem na podany poniżej numer konta / \*przekazem pocztowym na poniższy adres** (\*niepotrzebne skreślić):

Numer Polisy:

.....

Adres miejsca  
ubezpieczenia:

.....

Data zbycia:

.....

.....  
PODPIS KLIENTA

Załączniki\*\*:

- 1.
- 2.

\*\* - w zależności od przyczyny złożenia wniosku należy załączyć kopię właściwego dokumentu

Centrum Ubezpieczeń Piotr Bartczak, [www.ubezpieczeniabartczak.bydgoszcz.pl](http://www.ubezpieczeniabartczak.bydgoszcz.pl), [cuif@wp.pl](mailto:cuif@wp.pl)